



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
DIRECCION DE REDES DE SALUD PÚBLICA  
SUBDIRECCION RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE  
COORDINACION NACIONAL RED DONACION Y TRASPLANTES**

**INFORME DE CIERRE DE CICLO VERSIÓN 2 PROGRAMA NACIONAL DE  
AUDITORIA - RED DONACIÓN Y TRASPLANTES**



**Marzo, 2018**

**Av. Calle 26 No. 51-20, Bogotá, D.C., Colombia**  
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703 - 1704  
fax 220 7700 Ext. 1283 – 1269  
e-mail: [contactenos@ins.gov.co](mailto:contactenos@ins.gov.co) Página web: [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)  
Línea gratuita nacional: 018000 113 400





**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
DIRECCION DE REDES DE SALUD PÚBLICA  
SUBDIRECCION RED NACIONAL DE TRASPLANTES Y BANCOS DE SANGRE  
COORDINACION NACIONAL RED DONACION Y TRASPLANTES**

**MARTHA LUCIA OSPINA MARTÍNEZ**

Directora General del INS

**MAURICIO BELTRÁN DURAN**

Director de Redes en Salud Pública

**ADRIANA SEGURA VÁSQUEZ**

Subdirectora Red de Trasplantes y Bancos de Sangre

**SONIA MORALES**

Subdirectora de Calidad

**YAZMIN ROCIO ARIAS**

Coordinadora Grupo Red Donación y Trasplantes

**AUTORES - EQUIPO DE AUDITORÍA**

**MARÍA ANGÉLICA SALINAS NOVA**

Profesional Especializado

**MARÍA MARCELA RAMÍREZ FRANCO**

Profesional Especializado

**CARLOS ENRIQUE ACUÑA GUTIÉRREZ**

Médico Auditor INS

**SARA MILENA NÚÑEZ ALMONACID**

Profesional Auditor INS

**JORGE GORDILLO**

Profesional Auditor INS

**RUBEN DARIO GUTIERREZ M.**

Profesional Auditor INS

***Aprobó. Dr. Mauricio Beltrán D. Director de Redes en Salud Pública  
Dra. Adriana Segura Vásquez. Subdirectora Red de Trasplantes y Bancos de Sangre***

**15 de marzo de 2018**

**Av. Calle 26 No. 51-20, Bogotá, D.C., Colombia**  
Conmutador: (1) 220 7700 Ext. 1703 - 1704  
fax 220 7700 Ext. 1283 - 1269  
e-mail: [contactenos@ins.gov.co](mailto:contactenos@ins.gov.co) Página web: [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)  
Línea gratuita nacional: 018000 113 400





## CONTENIDO

INTRODUCCION.....	4
1. OBJETIVOS.....	5
2. ANTECEDENTES.....	6
3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA VERSIÓN 2.....	8
3.1 Obligaciones de los niveles de la Red con el Programa.....	10
4. INFORME DE CIERRE DE CICLO VERSIÓN 2 PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA.....	11
4.1 Acciones de auditoría adelantadas.....	11
4.2 Metodología de calificación de las acciones de auditoria.....	12
4.3 Resultados.....	15
4.3.1 Coordinación Regional 1.....	16
4.3.2 Coordinación Regional 2.....	19
4.3.3 Coordinación Regional 3.....	22
4.3.4 Coordinación Regional 4.....	25
4.3.5 Coordinación Regional 5.....	28
4.3.6 Coordinación Regional 6.....	31
4.3.7 Consolidado Nacional.....	34
5. HALLAZGOS GENERALES DEL PROGRAMA.....	37
6. AUTOEVALUACIÓN REGIONALES.....	41
7. LOGROS DEL PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA.....	44
8. DESAFIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA.....	45
9. CONCLUSIONES.....	46
10. ANEXOS.....	48
11. BIBLIOGRAFIA.....	60



## INTRODUCCION

En la historia del desarrollo de la tecnología médica, la donación de órganos, tejidos y células con fines de trasplante, se instala en los últimos 50 años. Su crecimiento ha sido acelerado y directamente relacionado con el desarrollo socio económico a nivel global. A través de estos procedimientos se han evidenciado grandes beneficios desde el punto de vista científico, sin embargo, también se han detectado amenazas y problemáticas de equidad, calidad, seguridad y eficacia. Así, los procedimientos de trasplante contienen puntos críticos, no solo en lo que se relaciona con la baja disponibilidad de la oferta de órganos, tejidos y células.

Colombia, no ha sido una excepción con respecto a estas dificultades; razón por la cual, se requiere mantener un robusto proceso de auditoría, que dé respuesta a los cuestionamientos de la sociedad en los temas de equidad, igualdad, transparencia, confidencialidad, calidad y oportunidad en la atención.

El presente informe de cierre del Programa de Auditoria en su segunda versión 2012- 2017, da respuesta a la normatividad vigente, y además pretende otorgar insumos para el desarrollo de nuevas políticas, proyectos y acciones, para el desarrollo de las actividades de donación y trasplante a nivel nacional.



## 1. OBJETIVOS

### Objetivo General

- Realizar informe de cierre de ciclo de la segunda versión del Programa Nacional de Auditoría (PNA) de la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes, implementado entre 2013 a 2017 de acuerdo con la normatividad vigente.

### Objetivos Específicos

- Presentar los resultados de la implementación del Programa de Auditoría de la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes.
- Exponer los hallazgos, logros, acciones de mejora y limitantes encontradas en los sujetos de auditoría del INS en el marco del PNA.
- Presentar la información generada a través de las auditorías realizadas como insumo para la actualización del Programa de auditoría para la Red de Donación y Trasplantes.
- Proponer acciones de mejora para la optimización del procedimiento de auditoría realizado por la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes.



## 2. ANTECEDENTES

La Resolución 2640 de 2005, en su artículo 5 definió sobre el funcionamiento de la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes, que debería tener un profesional de medicina para realizar auditoría externa a la Red, así como implementar un programa de auditoría interna. Posteriormente la Resolución 2279 de 2008, que modificó este artículo determinó que el artículo 5 de la Resolución 2640 quedaría así:

“Parágrafo. Para el cumplimiento de sus funciones, la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes implementará un programa de auditoría externa y deberá mantener comunicación constante con las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Trasplantes, los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplantes o implantes, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud generadoras, Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y las demás instancias relacionadas con el tema”.

Por su parte, el parágrafo del artículo 6 de esta misma Resolución determinó sobre las funciones de las Coordinaciones Regionales de la Red que las funciones de auditoría externa previstas en el artículo 5 “deberán ser realizadas en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplantes y en los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea inscritos en la Coordinación Regional de la Red de Donación y Trasplantes. La auditoría deberá realizarse como mínimo tres (3) veces al año”.

Para dar cumplimiento a la normatividad vigente en la materia, el Instituto Nacional de Salud (INS) como Coordinador de la Red de Donación y Trasplantes en 2006 expidió el Programa Nacional de Auditoría de la Red de Donación y Trasplantes (PNA). Para este fin, el programa se articuló con la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social, para esa fecha. De esta forma, el PNA empezó a incorporar los aspectos que el Decreto 1011 de 2006 propuso con respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, así como los criterios de habilitación para trasplante expedidos por primera vez para estos servicios a través de la Resolución 1043 de 2006.

Esta primera versión del programa, se centró en la auditoría directa del INS a las Coordinaciones Regionales de la Red (RCORDT) y el acompañamiento a las Coordinaciones Regionales para la implementación de sus funciones de auditoría en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) con servicio de trasplante de órganos. Esta primera versión, constituyó el marco de inicio del PNA por lo cual los estándares de auditoría se concentraron en verificar aspectos de la dimensión de estructura necesaria para el cumplimiento de las funciones de las Coordinaciones Nacional y Regionales.



El Programa implementó auditorías preventivas, de seguimiento y coyunturales mediante la verificación de estándares previamente definidos con respecto a la normatividad vigente. Esta implementación incluyó actividades de asesoría, asistencia técnica y seguimiento a planes de mejora, para cada una de las coordinaciones regionales.

Entre las acciones de auditoría adelantadas en este primer ciclo se desataca la realizada a la Secretaría de Salud del Huila en el proceso de conformarse como Coordinación regional y las llevadas a cabo a la prestación de servicios de trasplante a extranjeros no residentes.

La Regional 6 fue creada temporalmente por la Resolución 1843 de 2009 con sede en la Ciudad de Neiva y operación en el Departamento del Huila, y acompañamiento técnico de la Coordinación Regional de la Red No. 1 con sede en la ciudad de Bogotá.

Esta Resolución determinó que la Coordinación de la Red de Donación y Trasplantes del Nivel Nacional, realizaría seguimiento a su operación, a través de dos (2) auditorías, cuyos resultados fueron presentados y evaluados por el Comité Asesor de la Red de Donación y Trasplantes del Nivel Nacional y cuyos resultados presentados al Ministerio derivaron en la recomendación de su creación definitiva mediante resolución 3272 de 2011.

En el caso de extranjeros no residentes, el INS realizó una estrategia de auditoría caso a caso de forma retrospectiva y prospectiva a los casos de pacientes extranjeros no residentes trasplantados en Colombia desde 2005, en colaboración con las Coordinaciones Regionales de la Red.

Esta estrategia fue presentada al comité asesor de la Coordinación Nacional de la Red, la cual se acompañó de acciones jurídicas para la atención de las tutelas interpuestas por estos pacientes para su ingreso a lista de espera y trasplante sin el lleno de requisitos normativos y la defensa de los derechos de los nacionales ante el Consejo de Estado y la Corte Constitucional cuyos fallos reafirmaron la legalidad de la norma demandada (art. 40, Decreto 2493 de 2004). Concluyendo en el control total del trasplante a estos pacientes con órganos y tejidos provenientes de donantes cadavéricos respetando las condiciones normativas que priorizan el trasplante de los pacientes colombianos y residentes.

La primera versión del programa fue cerrada en el año 2012. Este ciclo tuvo seguimientos anuales en los cuales se presentaron las fortalezas y oportunidades de mejora para cada Coordinación regional, en los informes anuales de la Red publicados en la web del INS y remitidos al Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente el cierre del ciclo del primer programa comprendió una evaluación a las Coordinaciones Regionales cuya ejecución y metodología fue aprobada por el comité asesor de



la Coordinación Nacional de la Red. Esta evaluación incluyó la verificación de estándares y de indicadores trazadores de los procesos de donación y trasplante. Los resultados de esta evaluación fueron presentados al comité asesor y al Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez cerrado el ciclo correspondiente a la primera versión del programa; a través de la circular 069 del 17 de septiembre de 2012, el INS expidió la segunda versión del PNA, cuya implementación se realizó en 2013 y su cierre de ciclo se realizó en 2017, para dar paso a la actualización del programa atendiendo los nuevos desarrollos normativos y técnicos en el área.

### 3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA VERSIÓN 2

Con el fin de presentar los resultados del cierre de ciclo actual del Programa Nacional de auditoría a continuación se describen algunas generalidades del mismo. El PNA para su segunda versión, buscó como principal objetivo estandarizar la metodología para la implementación y ejecución del Programa Nacional de auditoría a la Red de Donación y Trasplantes en cumplimiento de la normatividad vigente especialmente de la Resolución 2279 de 2008.

Por su parte, como objetivos específicos el PNA, definió las directrices Nacionales para la realización de los procesos y procedimientos de auditoría en la Red de Donación y Trasplantes, para la verificación del cumplimiento de la normatividad vigente, de los lineamientos Nacionales y de la calidad de los procesos de la Red de Donación y Trasplantes. De igual forma definió la metodología para la realización de las diferentes acciones de auditoría en cada uno de los niveles de la Red de Donación y Trasplantes y determinó las acciones y obligaciones a realizar en cada nivel de auditoría por parte de cada actor de la Red de Donación y Trasplantes en el PNA.

EL PNA definió los criterios a verificar desde la auditoría externa del INS y las Coordinaciones regionales desde tres dimensiones:

**ESTRUCTURA O ENFOQUE:** Se refiere a las directrices, métodos y procesos que se utilizan para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema, estándar o criterio a verificar.

**PROCESO O IMPLEMENTACIÓN:** Se refiere a la aplicación del enfoque y su alcance dentro de cada proceso.

**RESULTADO:** Se refiere a los logros y efectos de la aplicación del enfoque. Se verifica el análisis de datos, comparación, tendencia, consistencia etc.

El programa, a través de la metodología y herramientas dirigidas específicamente a las coordinaciones Regionales, buscó optimizar las condiciones para la verificación de estándares en las dimensiones de estructura (enfoque), implementación e incorporar la dimensión de resultado de las actividades de los procesos realizados.



Así mismo el PNA, estableció 3 niveles de ejecución, de acuerdo a lo establecido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS):

1. **AUTOCONTROL:** En este nivel las personas que participan en las actividades relacionadas con los procesos de donación y trasplante planean, documentan, ejecutan, verifican y ajustan los procedimientos para que sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la misma organización. Lo anterior implica:
  - Elaboración, difusión y verificación de la adherencia de guías de manejo o protocolos.
  - Recolección, consolidación, reporte y análisis en la gestión de indicadores.
  - Elaboración, ejecución y seguimiento de planes de mejoramiento.
  - Juntas médicas y reuniones de grupo para realizar los análisis de caso.
2. **AUDITORIA INTERNA:** Corresponde al proceso sistemático de auditoria que realiza la organización o entidad que realiza actividades dentro del proceso de donación y de trasplante, quienes deben incorporar en su sistema de gestión de calidad la auditoria interna, encaminada a alcanzar el autocontrol. En dichas auditorias, se realiza verificación del cumplimiento de las normas institucionales, documentos técnicos emitidos por las comisiones para cada componente anatómico, seguimiento a planes de mejora, evaluación de adherencia a guías y protocolos, y generación, validación, y reporte de indicadores. Para el caso de los Bancos de Tejido, esta auditoria debe hacerse según los lineamientos determinados en la normatividad vigente.
3. **AUDITORIA EXTERNA:** Este nivel es ejecutado por entidades externas a cada entidad que participa de los procesos de donación y de trasplante. Para el PNA corresponde a las Coordinaciones Nacional y Regional de la Red de Donación y Trasplantes. Sus acciones incluyen: verificación de requisitos legales y demás lineamientos a las IPS Trasplantadoras, Bancos de Tejido, IPS Generadoras, y demás actores de la Red que puedan estar sujetos a Auditoria Externa.

Para la implementación de las acciones de auditoria dentro del PNA, este consideró las siguientes:

1. **Acciones preventivas:** Están encaminadas a la disminución de riesgos en la ejecución, como por ejemplo la estandarización de los procesos y procedimientos antes que suceda un evento no deseado. La planeación de actividades, la socialización de procesos y las auditorias de comienzo de ciclo son ejemplos claros de estas acciones.



2. **Acciones de seguimiento:** Deben ser realizadas por todos y cada uno de los actores de la Red y consisten en aquellas acciones de control realizadas sobre los procesos considerados como prioritarios, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Con estas acciones, se busca constatar la aplicación de las guías, normas, procesos y procedimientos según los referentes legales y criterios de calidad adoptados. El control de los planes de mejora, la verificación de los estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, la participación de los comités institucionales de trasplante, son buenos ejemplos de ejecución de acciones de seguimiento.
3. **Acciones coyunturales:** Son aquellas realizadas por la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplante para detectar, verificar, informar y analizar la ocurrencia de resultados contrarios o no esperados en los procesos de la Red de Donación y Trasplantes, orientadas a la intervención inmediata de las posibles fallas detectadas o reportadas.

### 3.1 Obligaciones de los niveles de la Red con el Programa

De acuerdo al Decreto 2493 de 2004, la Red de Donación y Trasplante está estructurada en dos niveles, las responsabilidades de estos dos niveles dentro del Programa Nacional de Auditoría (PNA) están distribuidas de la siguiente manera:

**Coordinación  
Nacional de la Red de  
Donación y  
Trasplante.**

1. Realizar asesoría y acompañamiento al MSPS en la definición de normas y conceptos para la Red de Donación y Trasplante cuando se requiera.
2. Designar un responsable para la implementación del PNA.
3. Elaborar, actualizar y coordinar la puesta en práctica del PNA.
4. Capacitar a los auditores en la implementación del PNA.
5. Realizar asesorías y asistencias técnicas a las regionales.
6. Definir los tipos de acciones de auditoría.
7. Realizar las acciones de auditoría externa (Preventiva, de seguimiento y coyunturales)
8. Definir estándares y la metodología de auditoría del PNA.
9. Realizar seguimiento a los planes de mejora.
10. Informar al MSPS de la ejecución, hallazgos y resultados del PNA

**Coordinaciones  
Regionales de la Red  
de Donación y  
Trasplante**

2. Designar un responsable de la implementación del PNA.
3. Adoptar la metodología, instrumentos y herramientas diseñados.
4. Capacitar a los auditores y comités de trasplante institucionales de las IPS trasplantadoras, IPS Generadoras y bancos de tejido.
5. Realizar la auditoria Externa a IPS trasplantadoras de órganos, tejidos y CPH; IPS generadoras y bancos de tejido.
6. Incluir en los informes trimestrales información sobre ejecución y hallazgos.
7. Acompañar y verificar la implementación del PNA al interior de las organizaciones sujetas de auditoría.
8. Establecer los planes de mejoramiento con los auditados.
9. Informar a la Coordinación Nacional y/o a las IVC de manera inmediata acerca de las no conformidades o eventos adversos identificados.

La estructura completa del PNA busca generar un compromiso de mejoramiento continuo tanto en las coordinaciones regionales como en cada uno de los actores sujetos de auditoría.

Es importante subrayar, que la función del INS y de las Coordinaciones Regionales en la ejecución del Programa Nacional de Auditoría, corresponde a la implementación del mismo en cada nivel a través de la verificación de los estándares y criterios previamente definidos, así como el control, evaluación, seguimiento de las acciones de mejora según hallazgos y notificación de hallazgos a entidades con competencia sanitaria o autoridades en el tema. Dentro de sus competencias no se encuentran acciones de inspección, vigilancia y control.

#### 4. INFORME DE CIERRE DE CICLO VERSIÓN 2 PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA

##### 4.1 Acciones de auditoría adelantadas

En el marco de la implementación del programa de auditoria para el segundo ciclo entre 2012 y 2017 se llevaron a cabo 85 acciones de auditoria, las cuales se relacionan para cada año y por tipo a continuación:

Tabla 1. Número de acciones de auditoría del INS 2013 - 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Preventiva	6	23	0	0	0	29
Seguimiento	6	6	0	6	6	24
Coyuntural	9	4	12	0	7	32
<b>Total</b>	21	33	12	6	13	85

Fuente. INS - Programa Nacional de Auditoria Coordinación Nacional de Donación y Trasplante

Durante la implementación de la segunda versión del PNA, en 2012 se realizó su expedición y documentación de herramientas para su ejecución, y se realizaron entre 2013 y 2014 acciones



preventivas a las 6 Coordinaciones Regionales de la Red y a algunas IPS con servicios de trasplante con el fin de referenciar las mejores prácticas en auditoría que permitieran mejorar las acciones adelantadas en cada nivel y especialmente promover la auditoría interna y el autocontrol al interior de los procesos de donación y de trasplantes en las entidades, como uno de los ejes principales de la implementación del Programa en este ciclo.

En virtud del principio de coordinación y colaboración entre entidades, con el fin de garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones para el logro de los fines del Estado, es de resaltar el trabajo articulado e integral que a partir de 2010 se realizó entre el INS y el INVIMA, en lo que respecta al seguimiento de la actividad de Bancos de tejidos. Para este fin se realizaron acciones conjuntas de asistencia técnica a Bancos de tejidos, reuniones técnicas conjuntas con estas entidades y el INS a través del PNA realizó acciones de acompañamiento a visitas de vigilancia del INVIMA a Bancos de tejidos en acompañamiento de las Coordinaciones Regionales de la Red. Lo anterior permitió armonizar líneas de acción y conceptos en torno a las actividades de los Bancos de Tejidos.

Para los años 2014, 2016 y 2017 se realizaron acciones de seguimiento a las Coordinaciones Regionales. En 2017 se realizó el cierre de la versión actual del Programa Nacional de Auditoría, presentando a continuación los resultados del mismo.

#### 4.2 Metodología de calificación de las acciones de auditoría

Durante el presente ciclo de auditoría, el INS implementó un instrumento de verificación para las acciones preventivas y de seguimiento a las Coordinaciones Regionales el cual contenía 22 estándares, organizados en un apartado general y un segundo componente de auditoría (Anexo 1). En cada estándar se auditaba tres (3) dimensiones: estructura o enfoque, implementación o proceso y resultado.

Para el año 2017, considerando la expedición de la Ley 1805 de 2016 se incorporó un estándar adicional relacionado con las actividades de donación: “cumplimiento por parte de las IPS generadoras de disposición del Recurso Humano en UCI para la realización del diagnóstico de muerte encefálica y mantenimiento del donante”, de acuerdo a la Ley 1805, artículo 8. De igual forma, se modificó el estándar relacionado con la prestación de servicios de trasplante a extranjeros no residentes debido al ajuste normativo en esta materia en la Ley 1805 de 2016, así: “Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional”.

Para cada año, de acuerdo con el Procedimiento de Auditoría Externa del INS se estableció un cronograma de auditorías de seguimiento o preventivas. Cada una se programó a través del respectivo plan de auditoría y se cerró con un informe de la acción adelantada. Posteriormente,



para cada año se presentaba como un informe con los hallazgos principales para cada periodo, el cual se publicaba en la web del INS y entregaba al Ministerio de Salud dentro del informe anual de la actividad de la Red de Donación y Trasplantes.

El informe correspondiente a la (s) acciones de seguimiento en cada Coordinación Regional evidencia el cumplimiento o no de cada estándar para cada dimensión, de acuerdo con los hallazgos y evidencia auditada. Esta evaluación de la auditoría se realizó mediante una semaforización que diera cuenta del cumplimiento del estándar para cada dimensión, así:

Tabla 2. Descripción de la semaforización de los resultados de auditoría

COLOR	DESCRIPCIÓN
	Se encuentra implementada en su totalidad la dimensión del estándar auditado. Dispone de soportes de las actividades verificadas.
	Se encuentra parcialmente desplegada la implementación del estándar auditado.
	Requiere implementarse la dimensión correspondiente al estándar auditado. No se evidencian de soportes de cumplimiento.

Fuente. INS - Programa Nacional de Auditoría Coordinación Nacional de Donación y Trasplante

Para evidenciar el alcance del cumplimiento de los estándares auditados durante todo el ciclo, por cada Coordinación Regional, se establecieron puntajes por estándar que permitieran realizar un comparativo durante el ciclo en cada RCORDT, y entre ellas, para obtener un consolidado Nacional y realizar seguimiento al mismo.

La metodología para asignar la puntuación consistió en otorgar un puntaje para cada estándar, el cual corresponde a la ponderación de los 22 estándares sobre el 100% que corresponde a la sumatoria total de los estándares auditados. Así cada estándar tiene un valor total de 4,5 y a su vez cada dimensión dentro del estándar de 1,5. Sin embargo, se establecieron algunas diferencias para los siguientes estándares:

- Estándar 11. **“Cuenta con auditor médico”**. Abarca solo las dimensiones de enfoque e implementación, el valor asignado a cada una fue de 2,25.
- Estándar 11.1 **“Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la Regional de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados”**. En la dimensión de resultado se le asignó un valor superior correspondiente a 2,5. Esto obedece a que este estándar en su dimensión de resultado refleja la implementación total del programa de auditoría, dado que este implica el cumplimiento de las dimensiones de enfoque y proceso para cada estándar



de este grupo, así como su verificación en los sujetos de auditoría y la disponibilidad de resultados medibles de esta verificación, consolidados y analizados.

Una vez realizada esta evaluación, los valores se ingresaron a la matriz semaforizada, de acuerdo con los resultados de la auditoría efectuada a cada Coordinación Regional. De esta forma, si la dimensión auditada evidencia su pleno cumplimiento (verde) se asigna un valor de 1,5, en caso de incumplimiento (rojo) su valor es de 0 y si se evidencia un avance en su cumplimiento o su valor será de 0,75. A excepción de los dos estándares mencionados previamente.

Para determinar el grado de cumplimiento total por estándar o dimensión se realizó una sumatoria de los valores asignados. La Tabla 3 presenta un resumen de la medición utilizada con respecto a los resultados de la auditoría.

Tabla 3. Metodología de evaluación para cada estándar auditado

Estándar	CALIFICACIÓN DE CADA DIMENSIÓN			PUNTAJE
	ENFOQUE O ESTRUCTURA	PROCESO O IMPLEMENTACION	RESULTADO	
Estándares 1-10 Estándares 11.2 - 11.10	Cumple: 1,5 En desarrollo: 0,75 No Cumple: 0	Cumple: 1,5 En desarrollo: 0,75 No Cumple: 0	Cumple: 1,5 En desarrollo: 0,75 No Cumple: 0	<b>Puntaje máximo: 4,5</b>
Estándar 11	Cumple: 2,25 En desarrollo: 1,13 No Cumple: 0	Cumple: 2,25 En desarrollo: 1,13 No Cumple: 0	No se audita esta dimensión en este estándar	<b>Puntaje máximo: 4,5</b>
Estándar 11.1	Cumple: 1,5 En desarrollo: 0,75 No Cumple: 0	Cumple: 1,5 En desarrollo: 0,75 No Cumple: 0	Cumple: 2,5 En desarrollo: 1,25 No Cumple: 0	<b>Puntaje máximo: 5.5</b>
Total	Puntaje máximo de la dimensión: <b>33.75%</b>	Puntaje máximo de la dimensión: <b>33.75%</b>	Puntaje máximo de la dimensión: <b>32.50%</b>	<b>100%</b>

Fuente. INS - Auditoría Coordinación Nacional Red Donación y Trasplante

La asignación de puntajes al cumplimiento o no de cada estándar auditado fue igual para todas las regionales y no se estableció una ponderación diferente entre ellas, teniendo en cuenta su población, área de influencia u otras condiciones, debido a que los estándares verificados en el Programa de Auditoría para el nivel regional son en su totalidad obligatorios lo que significa que todos están relacionados con el cumplimiento de obligaciones normativas que tienen asignadas las coordinaciones regionales, por lo cual independientemente de las condiciones de cada regional todas deben cumplir las obligaciones y competencias asignadas.



Por último, frente a las no conformidades presentadas que requieren planes de mejoramiento, durante la auditoría se levantaron algunos compromisos o recomendaciones; sin embargo, las entidades auditadas son las responsables de levantar los planes de mejoramiento respectivos de acuerdo con los hallazgos presentados y quienes deben construir las estrategias para el logro del estándar.

Posteriormente el INS realizó seguimiento de los compromisos y los planes de mejoramiento presentados por las Coordinaciones Regionales, bien sea en auditorías de seguimiento o a través de los informes presentados por las RCORDT, con el fin de realizar el seguimiento al mejoramiento y avance del cumplimiento de cada estándar auditado. Se realizaron informes anuales y se informaron al Ministerio de Salud y Protección Social los hallazgos encontrados, para la correspondiente toma de decisiones. El INS de acuerdo con los hallazgos del PNA, definió la notificación de inconsistencias o incumplimientos a otras entidades como el Ministerio de Salud y entes de IVC, según el impacto de lo encontrado.

#### 4.3 Resultados

De acuerdo con las acciones preventivas y de seguimiento adelantadas durante el ciclo del Programa Nacional de Auditoría Externa por parte del INS a las Coordinaciones Regionales como sujeto de auditoría; a continuación, se describen los resultados de las acciones de auditoría adelantadas en cada una de las RCORDT y los datos consolidados para el total Nacional.

Las auditorías preventivas realizadas entre 2013 y 2014 corresponden a la línea de base en la implementación de la segunda versión del programa, y resultados de la primera versión. Posteriormente los seguimientos realizados en 2016 y en 2017 para el cierre del mismo corresponden a la evaluación de seguimiento y cierre, los cuales se presentan para cada regional de acuerdo con la metodología descrita anteriormente.

En cada RCORDT se presentan los logros alcanzados y evidenciados para el cierre de auditoría, así como las no conformidades evidenciadas, con respecto al cumplimiento de los estándares auditados, y que han persistido durante el ciclo o con los cuales la regional cierra el ciclo.

Tal como se ha mencionado, los resultados muestran una foto del estado de cada estándar al momento de la realización de la auditoría. Así mismo, se enfatiza en la responsabilidad de las regionales, en la adopción, diseño y ejecución de los planes de mejoramiento que se desprenden de las observaciones hechas por el equipo auditor.

A continuación, se exponen los resultados totales para cada periodo auditado, correspondientes a cada una de las dimensiones y los aspectos en los que pudieron evidenciarse mejoras. De igual forma se presentan algunos datos de contextualización de la RCORDT auditada.



#### 4.3.1 Coordinación Regional 1



Tabla 4. Información general de la Coordinación regional No. 1 de la Red. Diciembre 2017

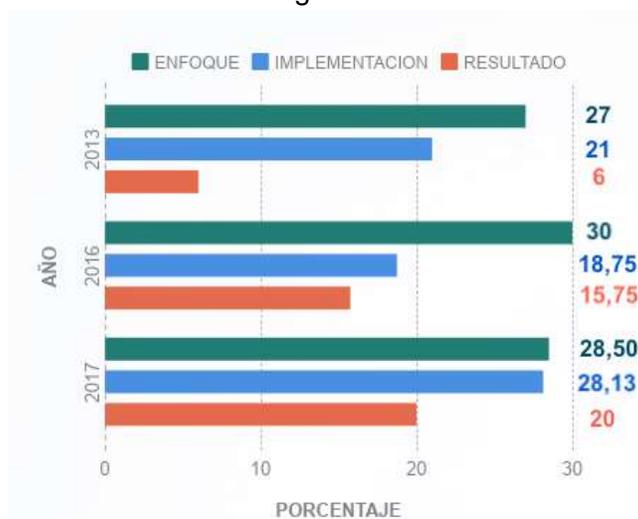
<b>Sede</b>	Secretaría de Salud de Bogotá.		
<b>Conformación Geográfica</b>	Bogotá DC, Cundinamarca, Tolima, Meta, Boyacá, Casanare, Putumayo, Amazonas, Vichada, Vaupés, Guaviare, Caquetá, Guainía.		
<b>IPS Trasplantadoras de órganos</b>	13	<b>IPS Trasplantadoras de tejidos</b>	38
<b>IPS Trasplantadoras de progenitores hematopoyéticos</b>	6	<b>Bancos de Tejido</b>	3
<b>Datos Globales de su actividad</b>			
<b>AÑO</b>	<b>Población Regional (Estimado DANE)</b>	<b>Tasa de Donación</b>	<b>Tasa de Trasplante</b>
<b>2013</b>	15.351.128	5,5	19,9
<b>2014</b>	15.540.248	6,9	23,6
<b>2015</b>	15.728.586	7.9	26.9
<b>2016</b>	15.917.123	7.2	25.8
<b>2017</b>	16.105.798	9.5	34.0

Fuente. INS – Sistema Nacional de Información de la Red de Donación y Trasplantes

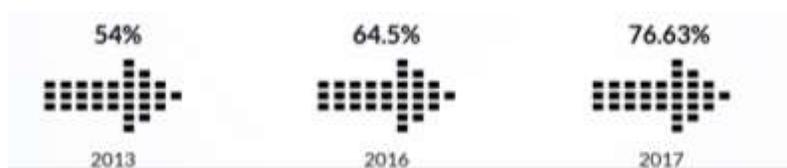
De acuerdo con la metodología de calificación de las acciones de auditoria externa a las Coordinaciones Regionales de la Red; en el gráfico 1, se presenta el resultado del cumplimiento de los estándares del PNA por parte de la Coordinación Regional No. 1 consolidado por dimensión y año de auditoria del segundo ciclo del programa. A partir del resultado por

dimensión, se realizó la calificación global del cumplimiento a la totalidad de estándares de la auditoría realizada en cada año. El detalle de la semaforización y la calificación de cada estándar y de cada dimensión de esta regional se encuentra en el anexo 2.

Gráfico 1. Calificación del cumplimiento de estándares del PNA por dimensión y año.  
Coordinación Regional No. 1 de la Red



Calificación total cumplimiento de estándares de auditoría



Fuente. INS – Informes anuales de acciones de auditoría Coordinaciones Regionales Red Donación y Trasplante

Como puede observarse la regional 1 durante el ciclo del PNA presentó un avance en todas las dimensiones auditadas, especialmente en lo que respecta a enfoque e implementación, logrando cerrar el ciclo con un cumplimiento del 76.63% de la totalidad de estándares y dimensiones auditadas. Esta Regional es la más grande de las 6 conformadas en el país, contando con el mayor número de IPS con servicio de trasplante y la mayor población por su área de influencia, por lo cual es de resaltar la gestión de recursos que ha realizado la Secretaría de Salud de Bogotá para atender las funciones y competencias como Coordinador Regional, no obstante también se observa que su gestión se centra principalmente en la atención de sus funciones en su sede (Bogotá).

Como parte de las acciones que ha impulsado el cumplimiento de sus funciones, destaca la disponibilidad de un área dedicada a la operación ininterrumpida de los procesos de donación y



trasplante, lo que permite mejorar la trazabilidad de los procesos y su control. De acuerdo con los hallazgos y evidencias de las auditorías realizadas, a continuación se presentan los principales logros y oportunidades de mejora identificados.

Tabla 5. Principales logros y oportunidades de mejora a partir de hallazgos de auditoría  
Coordinación Regional No. 1 de la Red.

LOGROS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización interna y documentación de manual de funciones, procedimientos.</li> <li>• Planeación anual, disposición de recursos para su funcionamiento.</li> <li>• Realización de comité asesor.</li> <li>• Organización de archivos físicos según normatividad.</li> <li>• Organización de los procesos de gestión de donación.</li> <li>• Disposición de recursos para impulsar actividades de promoción a la donación.</li> <li>• Funcionamiento ininterrumpido a través de un área de modulación de los procesos de donación y trasplante de la regional.</li> <li>• Trazabilidad de los procesos de donación y trasplante para el caso de órganos.</li> <li>• Programa de auditoría documentado.</li> <li>• Verificación de la aplicación de mecanismos de donación, tanto para el caso de donantes cadavéricos, como donantes vivos. Auditoría al 100% de trasplantes realizados con donantes vivos.</li> <li>• Verificación estudios de adherencia a la práctica clínica en las IPS son servicios de trasplante.</li> <li>• Seguimiento, verificación y actualización del estado de inscripción de las entidades de su regional.</li> <li>• Realización de acciones de auditoría externa a IPS con servicios de trasplante, Bancos de tejido y laboratorios de inmunología.</li> <li>• Implementación de acciones de auditoría y asistencia a IPS generadoras en el marco de su Programa generador de vida.</li> <li>• Organización de información estadística, para el caso de órganos.</li> <li>• Documentación de criterios de asignación, y asignación renal desde la RCORDT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificación de la aplicación de criterios de asignación para los demás componentes de los cuales no realiza asignación directa.</li> <li>• Disponibilidad de auditor médico para auditoría de pares.</li> <li>• Implementación de TRD para los archivos electrónicos.</li> <li>• Articulación de los procedimientos de su área de modulación con la Dir. de Urgencias y Emergencias Distrital y los demás CRUE de su área de influencia.</li> <li>• Actualización del procedimiento trasplante a extranjeros de acuerdo a Ley 1805 de 2016.</li> <li>• Cobertura de las actividades de auditoría en toda la jurisdicción de la Regional.</li> <li>• Medición del impacto de las metodologías de organización de donación y rescate en Bogotá y su área de influencia.</li> <li>• Presencia en los demás departamentos de su área de influencia.</li> <li>• Realizar validación de información, contra el sistema de información RedDataINS para asegurar la calidad de los datos reportados al nivel Nacional.</li> <li>• Realizar seguimiento y trazabilidad al proceso de tejidos de los Bancos de la regional y validación de información.</li> </ul>



### 4.3.2 Coordinación Regional 2



Tabla 6. Información general de la Coordinación Regional No. 2 de la Red. Diciembre 2017

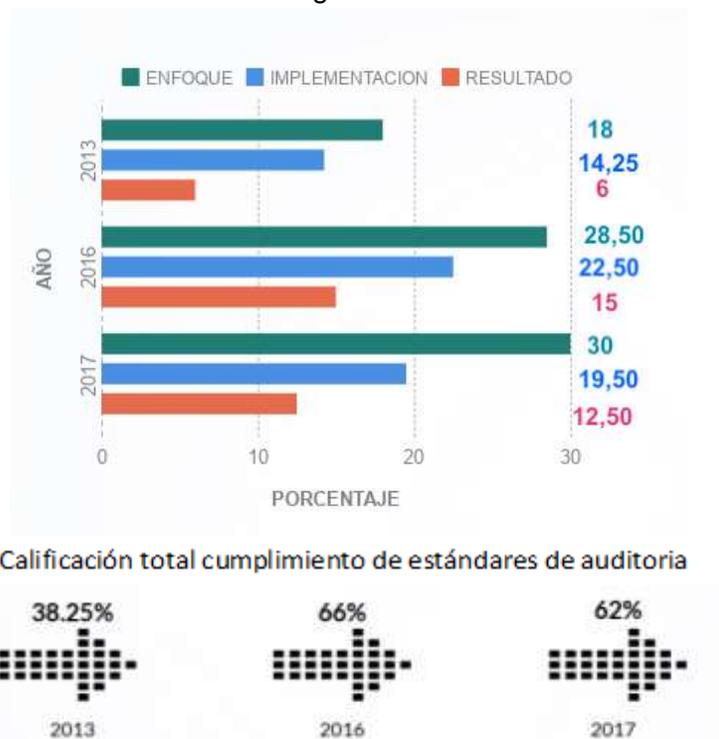
<b>Sede</b>	Secretaría Seccional de Salud de Antioquia		
<b>Conformación Geográfica</b>	Antioquia, Caldas, Córdoba, Chocó, San Andrés.		
<b>IPS Trasplantadoras de órganos</b>	5	<b>IPS Trasplantadoras de tejidos</b>	10
<b>IPS Trasplantadoras de progenitores hematopoyéticos</b>	5	<b>Bancos de Tejido</b>	7
<b>Datos Globales de su actividad</b>			
<b>AÑO</b>	<b>Población Regional (Estimado DANE)</b>	<b>Tasa de Donación</b>	<b>Tasa de Trasplante</b>
2013	9.507.656	15.7	36.6
2014	9.618.908	14.5	37.0
2015	9.730.469	14.4	34.9
2016	9.843.078	12.5	34.5
2017	9.955.314	12.4	32.7

Fuente: INS – Sistema Nacional de Información de la Red de Donación y Trasplantes

De acuerdo con la metodología de calificación de las acciones de auditoria externa a las Coordinaciones Regionales de la Red; en el gráfico 2, se presenta el resultado del cumplimiento de los estándares del PNA por parte de la Coordinación Regional No. 2 consolidado por dimensión y año de auditoria del segundo ciclo del programa. A partir del resultado por

dimensión, se realizó la calificación global del cumplimiento a la totalidad de estándares de la auditoría realizada en cada año. El detalle de la semaforización y la calificación de cada estándar y de cada dimensión de esta regional se encuentra en el anexo 3.

Gráfico 2. Calificación del cumplimiento de estándares del PNA por dimensión y año.  
Coordinación Regional No. 2 de la Red



Fuente. INS – Informes anuales de acciones de auditoría Coordinaciones Regionales Red Donación y Trasplante

La regional 2 durante el ciclo del PNA presentó un avance en todas las dimensiones auditadas, especialmente en lo que respecta a enfoque e implementación. Sin embargo, para 2017 disminuyó en 4% su logro (dimensiones de implementación y resultado) frente al cierre de 2016 logrando cerrar el ciclo con un cumplimiento del 62% de la totalidad de estándares y dimensiones auditadas. Esta Regional ha destacado a nivel nacional con respecto al comportamiento de su actividad de donación y de trasplante. Entre sus logros resalta la gestión operativa ininterrumpida de la RCORDT, la cual se articuló de forma directa con la gestión del CRUE Departamental, lo cual ha permitido impulsar acciones sistemáticas con las IPS generadoras para la organización de esta actividad. No obstante se requiere fortalecer el recurso humano por medio del cual se llevan a cabo estas acciones para que sean continuas en el tiempo.



Si bien la regional avanzó en la documentación de sus procedimientos, aún se evidencian desviaciones entre las actividades definidas, lo implementado y las mediciones de las mismas. En este sentido como se observará mas adelante es preciso adelantar en todas las RCORDT acciones dirigidas a la implementación completa de sus procedimientos y estándares en auditoría y la recolección y auditoría de los resultados que son reportados por los actores de su regional.

De acuerdo con los hallazgos y evidencias de las auditorías realizadas, a continuación se presentan los principales logros y oportunidades de mejora identificados.

Tabla 7. Principales logros y oportunidades de mejora a partir de hallazgos de auditoría  
Coordinación Regional No. 2 de la Red.

LOGROS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control sistemático a la prestación de servicios de trasplante a pacientes extranjeros no residentes.</li> <li>• Amplia documentación de procesos y procedimientos de la regional y socialización de los mismos.</li> <li>• Integración de actividades operativas 24/7 de la regional con el CRUE Departamental Asignación de turnos a IPS y Bancos de Tejido, con su respectivo seguimiento</li> <li>• Organización de los procesos de gestión de donación, asignación de turnos de rescate y seguimiento a los mismos.</li> <li>• Documentación del programa de auditoría regional, disponibilidad de auditor médico en caso de auditoría de pares.</li> <li>• Seguimiento, verificación y actualización del estado de inscripción de las entidades de su regional.</li> <li>• Realización de acciones de auditoría y asistencia técnica a IPS trasplantadoras y bancos de tejidos.</li> <li>• Trazabilidad de los procesos de donación, rescate y trasplante de órganos y validación de estos datos.</li> <li>• Documentación criterios de asignación.</li> <li>• Implementación de acciones de auditoría y asistencia a IPS generadoras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de manual de procesos y procedimientos de acuerdo con actualización normativa.</li> <li>• Gestión de archivo (físico y electrónico) regional que asegure la trazabilidad de procesos.</li> <li>• Organización, planeación y evaluación sistemática del componente de promoción a la donación.</li> <li>• Control de la asignación de componentes anatómicos y auditoría.</li> <li>• Realización del comité asesor Regional</li> <li>• Consolidación y medición de resultados del programa de auditoría y de los resultados de los sujetos de auditoría.</li> <li>• Integración con los CRUE de su área de influencia</li> <li>• Cobertura de las actividades de auditoría en toda la jurisdicción de la Regional.</li> <li>• Realizar seguimiento y trazabilidad al proceso de tejidos de los Bancos de la regional y validación de información.</li> </ul>



### 4.3.3 Coordinación Regional 3



Tabla 8. Información general de la Coordinación Regional No. 3 de la Red. Diciembre 2017

<b>Sede</b>	Secretaría de Salud del Valle		
<b>Conformación Geográfica</b>	Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Risaralda, Quindío.		
<b>IPS Trasplantadoras de órganos</b>	3	<b>IPS Trasplantadoras de tejidos</b>	17
<b>IPS Trasplantadoras de progenitores hematopoyéticos</b>	1	<b>Bancos de Tejido</b>	3
<b>Datos Globales de su actividad</b>			
	<b>Población Regional (Estimado DANE)</b>	<b>Tasa de Donación</b>	<b>Tasa de Trasplante</b>
<b>AÑO</b>			
<b>2013</b>	9.077.239	6.7	23.8
<b>2014</b>	9.165.550	7.6	26.5
<b>2015</b>	9.254.344	11.1	35.4
<b>2016</b>	9.362.243	7.3	23.8
<b>2017</b>	9.434.274	10.6	32.2

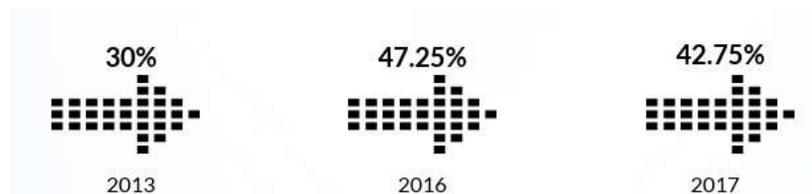
Fuente: INS – Sistema Nacional de Información de la Red de Donación y Trasplantes

En el gráfico 3, se presenta el resultado del cumplimiento de los estándares del PNA por parte de la Coordinación Regional No. 3 consolidado por dimensión y año de auditoría del segundo ciclo del programa. A partir del resultado por dimensión, se realizó la calificación global del cumplimiento a la totalidad de estándares de la auditoría realizada en cada año. El detalle de la semaforización y la calificación de cada estándar y de cada dimensión de esta regional se encuentra en el anexo 4.

Gráfico 3. Calificación del cumplimiento de estándares del PNA por dimensión y año.  
Coordinación Regional No. 3 de la Red



Calificación total cumplimiento de estándares de auditoria



Fuente. INS – Informes anuales de acciones de auditoria Coordinaciones Regionales Red Donación y Trasplante

La regional 3 durante el ciclo del PNA presentó un avance en todas las dimensiones auditadas, con respecto a su línea de base al momento de la implementación del programa, especialmente en lo que respecta a enfoque e implementación. Sin embargo, para 2017 disminuyó en 4.5% su alcance en cumplimiento de los estándares auditados, específicamente en las dimensiones de implementación y resultado, frente a 2016, logrando cerrar el ciclo con un cumplimiento del 42.75% de la totalidad de estándares y dimensiones auditadas.

Esta Regional ha mejorado progresivamente los indicadores de comportamiento de su actividad de donación y de trasplante, resaltando la gestión de la regional en la documentación de procedimientos y articulación de sus actividades con los actores de su regional. De igual forma la Regional integró al CRUE Departamental la gestión de donación a través de su plataforma de información de Urgencias (código azul). Dada la necesidad de mantener estos avances, la RCORDT debe asegurar acciones que permitan el fortalecimiento de los procedimientos descritos y su continuidad con acciones como el aseguramiento de sus archivos físicos y digitales. Lo anterior debido a que se observan periodos de interrupción de algunos procesos y



pérdida de memoria institucional con respecto a acciones que adelanta la regional, lo que implica reprocesos.

Se evidencia un importante avance en la implementación del programa de auditoria regional, en general para todos los estándares a verificar en las entidades de su área de influencia, sin embargo como se indicó no se evidencia continuidad en las acciones adelantadas en periodos anteriores. Se resalta la gestión con otros departamentos de su área de influencia.

Tabla 9. Principales logros y oportunidades de mejora a partir de hallazgos de auditoría  
Coordinación Regional No. 3 de la Red.

LOGROS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización de turnos de rescate de IPS, Bancos y de la Gestión Operativa de la Donación.</li> <li>• Articulación de las actividades y procedimientos con el CRUE Valle.</li> <li>• Asistencia técnica a otros entes territoriales de su área de influencia.</li> <li>• Presencia de auditor medico en caso de auditoría de pares.</li> <li>• Realización de acciones de auditoria a IPS y bancos de tejido.</li> <li>• Implementación de acciones de auditoria y asistencia a IPS generadoras</li> <li>• Seguimiento, verificación y actualización del estado de inscripción de las entidades de su regional.</li> <li>• Documentación de criterios de asignación de componentes anatómicos.</li> <li>• Generación de espacios con actores de la regional para realizar actividades de promoción a la donación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización manual de procesos y procedimientos.</li> <li>• Seguimiento y evaluación a las metodologías usadas para la organización de las actividades de Gestión Operativa de la Donación y rescate de componentes, para toda su área de influencia.</li> <li>• Control del procedimiento de asignación de componentes y auditoria al mismo.</li> <li>• Verificación de la prestación de servicios de trasplantes a extranjeros no residentes</li> <li>• Continuidad en el programa de auditoria, acciones de auditoria realizadas y acciones coyunturales.</li> <li>• Auditoria al 100% de trasplantes con donante vivo, verificación metodológica de los estándares a auditar.</li> <li>• Garantizar el funcionamiento ininterrumpido de sus actividades operativas, control y trazabilidad oportuna de todos los procesos de donación y de trasplante.</li> <li>• Realizar seguimiento y trazabilidad al proceso de tejidos de los Bancos de la regional y validación de información.</li> <li>• Realizar validación de información, contra el sistema de información RedDataINS para asegurar la calidad de los datos reportados al nivel Nacional.</li> </ul>



#### 4.3.4 Coordinación Regional 4



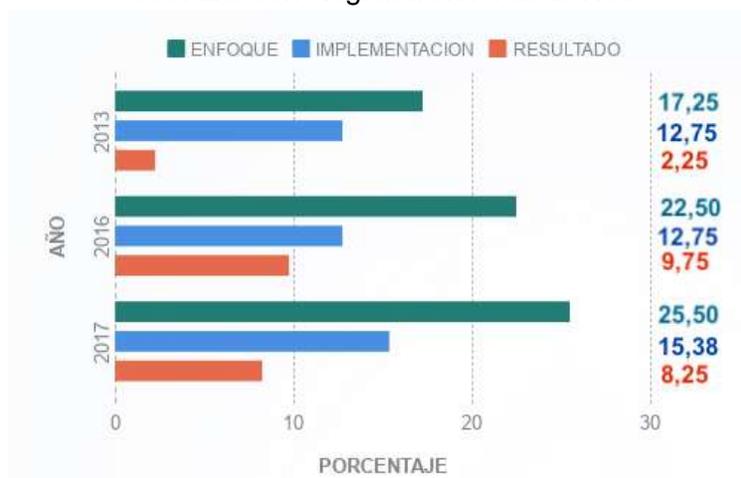
Tabla 10. Información general de la Coordinación Regional No. 4 de la Red. Diciembre 2017

<b>Sede</b>	Secretaría de Salud de Santander		
<b>Conformación Geográfica</b>	Santander, Norte de Santander, Arauca, Cesar		
<b>IPS Trasplantadoras de órganos</b>	2	<b>IPS Trasplantadoras de tejidos</b>	21
<b>IPS Trasplantadoras de progenitores hematopoyéticos</b>	2	<b>Bancos de Tejido</b>	3
<b>Datos Globales de su actividad</b>			
	<b>Población Regional (Estimado DANE)</b>	<b>Tasa de Donación</b>	<b>Tasa de Trasplante</b>
<b>AÑO</b>			
<b>2013</b>	4.633.895	4,1	11,9
<b>2014</b>	4.671.040	2,8	11,3
<b>2015</b>	4.708.071	4,5	13,2
<b>2016</b>	4.745.118	3,4	8,6
<b>2017</b>	4.781.938	9,2	18,8

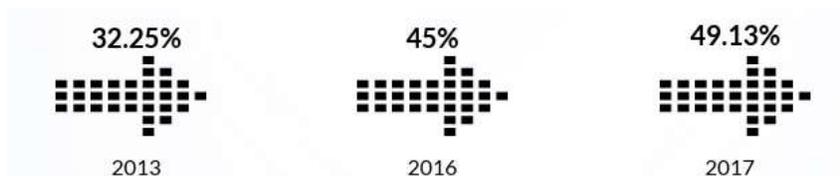
Fuente: INS – Sistema Nacional de Información de la Red de Donación y Trasplantes

De acuerdo con la metodología de calificación presentada, en el gráfico 4, se presenta el resultado del cumplimiento de los estándares del PNA por parte de la Coordinación Regional No. 4 consolidado por dimensión y año de auditoría hasta el cierre del segundo ciclo del programa en 217. A partir del resultado por dimensión, se realizó la calificación global del cumplimiento a la totalidad de estándares de la auditoría realizada en cada año. El detalle de la semaforización y calificación de cada estándar y dimensión de esta regional se encuentra en el anexo 5.

Gráfico 4. Calificación del cumplimiento de estándares del PNA por dimensión y año.  
Coordinación Regional No. 4 de la Red



Calificación total cumplimiento de estándares de auditoria



Fuente. INS – Informes anuales de acciones de auditoria Coordinaciones Regionales Red Donación y Trasplante

La regional 4 durante el ciclo del PNA presentó un avance progresivo en todas las dimensiones auditadas, con respecto a su línea de base al momento de la implementación del programa, logrando cerrar el ciclo con un cumplimiento del 49.13% de la totalidad de estándares y dimensiones auditadas.

Si bien esta RCORDT, presenta un menor número de población, con respecto a las demás regionales, se evidencian pocos recursos (humanos, físicos, tecnológicos) que aseguren el cumplimiento de la totalidad de sus funciones, lo que está relacionado con el alcance de cumplimiento en los estándares auditados. Se desataca la amplia documentación de procesos y procedimientos en esta regional, así como su socialización; sin embargo, en la implementación se observan desviaciones con respecto a las actividades definidas lo que requiere una actualización y seguimiento a la adhesión de lo definido.

Dispone de un programa de auditoria definido y aunque no cuenta con recursos para una amplia implementación, la regional ha desplegado una estrategia que asegura el seguimiento de los



componentes del PNA a través de la verificación de la auditoría interna que realiza cada entidad inscrita. Ha implementado los procedimientos de gestión documental. Evidencia avance en la integración del CRUE a los procesos operativos.

Tabla 11. Principales logros y oportunidades de mejora a partir de hallazgos de auditoría  
Coordinación Regional No. 4 de la Red.

LOGROS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia documentación de procesos, procedimientos.</li> <li>• Verificación de la prestación de servicios de trasplante a extranjeros no residentes.</li> <li>• Documentación de criterios de distribución y auditoría al 100% de procesos de asignación renal llevados a cabo por las IPS.</li> <li>• Programa de auditoría documentado.</li> <li>• Organización de información estadística, para el caso de órganos.</li> <li>• Trazabilidad de los procesos de donación y trasplante para el caso de órganos.</li> <li>• Seguimiento, verificación y actualización del estado de inscripción de las entidades de su regional.</li> <li>• Implementación del componente de auditoría interna en los actores de su regional y sobre este implementación de auditoría externa.</li> <li>• Presencia en otros departamentos de su área de influencia, realización de asistencias técnicas a IPS trasplantadoras y generadoras y articulación con CRUEs de otros departamentos.</li> <li>• Implementación de TRD para archivos físicos, aspecto que debe implementarse en archivos electrónicos.</li> <li>• Adelantar acciones para la articulación de actividades de donación con el CRUE Departamental.</li> <li>• Gestión de recursos a través de proyectos de inversión para el funcionamiento regional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualización de procesos y procedimientos.</li> <li>• Realización del comité asesor Regional</li> <li>• Control en la asignación desde la RCORDT, auditoría a la asignación de otros componentes anatómicos.</li> <li>• Actualización procedimiento de prestación de servicio de trasplante a extranjeros no residentes.</li> <li>• Funcionamiento de manera ininterrumpida para el control y trazabilidad en tiempo real de los procesos de donación y de trasplante.</li> <li>• Disponibilidad de auditor médico para garantizar auditoría de pares.</li> <li>• Realizar acciones de auditoría “in situ” a las entidades sujetas al PNA, incluyendo IPS generadoras.</li> <li>• Realizar validación de información, contra el sistema de información RedDataINS para asegurar la calidad de los datos reportados al nivel Nacional.</li> <li>• Realizar seguimiento y trazabilidad al proceso de tejidos de los Bancos de la regional y validación de información</li> </ul>



#### 4.3.5 Coordinación Regional 5



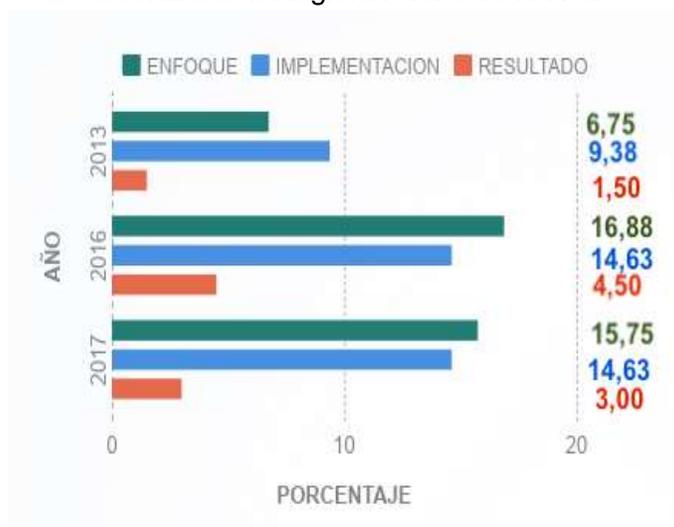
Tabla 12. Información general de la Coordinación Regional No. 5 de la Red. Diciembre 2017

<b>Sede</b>	Secretaría de Salud del Atlántico		
<b>Conformación Geográfica</b>	Atlántico, Bolívar, Magdalena, Guajira, Sucre.		
<b>IPS Trasplantadoras de órganos</b>	1	<b>IPS Trasplantadoras de tejidos</b>	9
<b>IPS Trasplantadoras de progenitores hematopoyéticos</b>	1	<b>Bancos de Tejido</b>	4
<b>Datos Globales de su actividad</b>			
	<b>Población Regional (Estimado DANE)</b>	<b>Tasa de Donación</b>	<b>Tasa de Trasplante</b>
<b>AÑO</b>			
<b>2013</b>	7.424.855	0,1	1,1
<b>2014</b>	7.525.866	0,4	1,9
<b>2015</b>	7.627.158	0,4	3,3
<b>2016</b>	7.729.277	1.3	4.3
<b>2017</b>	7.831.341	0.9	3.7

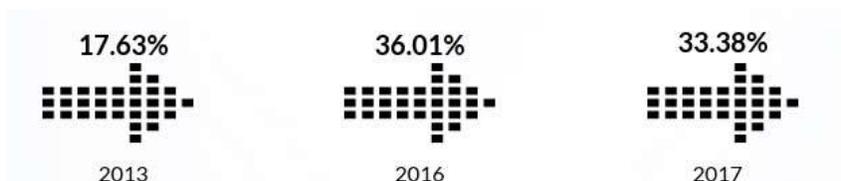
Fuente: INS – Sistema Nacional de Información de la Red de Donación y Trasplantes

El gráfico 5 presenta el resultado del cumplimiento de los estándares del PNA por parte de la Coordinación Regional No. 5 consolidado por dimensión y año de auditoría del segundo ciclo del programa. A partir del resultado por dimensión, se realizó la calificación global del cumplimiento a la totalidad de estándares del PNA para el ciclo. El detalle de la semaforización y la calificación de cada estándar y de cada dimensión de esta regional se encuentra en el anexo 6.

Gráfico 5. Calificación del cumplimiento de estándares del PNA por dimensión y año.  
Coordinación Regional No. 5 de la Red



Calificación total cumplimiento de estándares de auditoria



Fuente. INS – Informes anuales de acciones de auditoria Coordinaciones Regionales Red Donación y Trasplante

La RCORDT 5 durante el segundo ciclo del PNA presentó un avance en las dimensiones auditadas de enfoque e implementación, no así en resultado, con respecto a su línea de base al momento de la implementación del programa; logrando cerrar el ciclo con un cumplimiento del 33.38% de la totalidad de estándares y dimensiones auditadas, con una disminución en 2017 con respecto a lo alcanzado en 2016.

Desde la creación de la regional, las entidades con servicios de trasplante y bancos de tejidos inscritos han presentado intermitencia en su actividad. Lo anterior es un aspecto que se relaciona con el comportamiento de la actividad de trasplante y de donación de esta regional, toda vez que son estas entidades quienes por norma deben asegurar la atención de los procesos de donación. No obstante se destaca que esta regional ha realizado esfuerzos por tener recurso humano desde la Secretaría de Salud para gestionar procesos de donación en algunos periodos.



Si bien la regional ha avanzado en la documentación de sus procedimientos, se encuentran brechas con respecto a las evidencias de su implementación. La Regional ha realizado esfuerzos en este ciclo para la implementación de su programa de auditoría, evidenciándose seguimiento a los distintos actores de su regional, resalta la auditoría realizada a la trazabilidad y control de todo el proceso de donación, captación y distribución de tejidos.

Tabla 13. Principales logros y oportunidades de mejora a partir de hallazgos de auditoría  
Coordinación Regional No. 5 de la Red.

LOGROS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de auditor médico para auditoría de pares.</li> <li>• Control a la asignación y cumplimiento de turnos de rescate y de gestión de donación a IPS, se requiere avanzar en este mismo tema para el caso de bancos de tejidos.</li> <li>• Seguimiento, verificación y actualización del estado de inscripción de las entidades de su regional.</li> <li>• Disposición de recursos para impulsar actividades de promoción a la donación.</li> <li>• Auditoría al 100% de trasplantes realizados con donantes vivos.</li> <li>• Auditoría a la trazabilidad del ciclo de tejidos oculares desde su donación hasta distribución y trasplante.</li> <li>• Organización de información estadística, para el caso de órganos.</li> <li>• Gestión de recursos para actividades de promoción a la donación, se requiere medirlas.</li> <li>• Acciones de auditoría a los sujetos del PNA.</li> <li>• Implementación de acciones sistemáticas de auditoría a IPS generadoras en su sede regional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de procesos y procedimientos.</li> <li>• Documentación de planes de acción, medibles y seguimiento para la organización de las actividades de la RCORDT.</li> <li>• Implementación de TRD para archivos físicos y electrónicos.</li> <li>• Articulación actividades con el CRUE Departamental y Distrital y enlace con los demás CRUEs del área de influencia.</li> <li>• Documentación de criterios de asignación de componentes anatómicos y control de la asignación o auditoría de esta actividad sobre los criterios definidos.</li> <li>• Funcionamiento de manera ininterrumpida para el control y trazabilidad en tiempo real de los procesos de donación y de trasplante.</li> <li>• Verificación de la calidad de atención a los pacientes trasplantados.</li> <li>• Validación de información de Bancos de tejidos de la regional.</li> </ul>



#### 4.3.6 Coordinación Regional 6



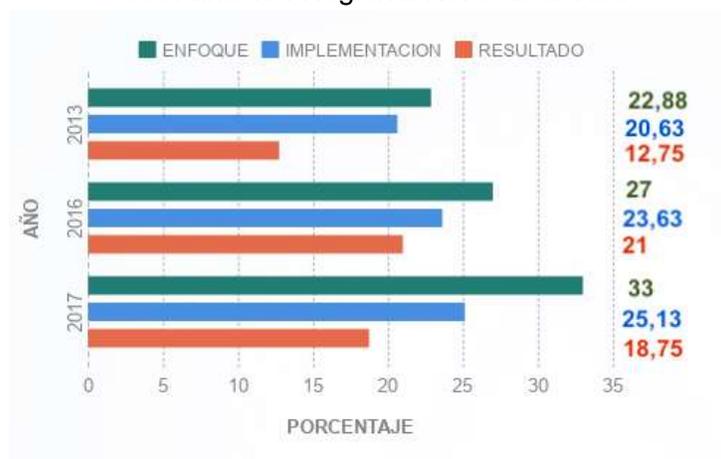
Tabla 14. Información general de la Coordinación Regional No. 6 de la Red. Diciembre 2017

<b>Sede</b>	Secretaría de Salud del Huila		
<b>Conformación Geográfica</b>	Huila		
<b>IPS Trasplantadoras de órganos</b>	1	<b>IPS Trasplantadoras de tejidos</b>	3
<b>IPS Trasplantadoras de progenitores hematopoyéticos</b>	0	<b>Bancos de Tejido</b>	0
<b>Datos Globales de su actividad</b>			
<b>AÑO</b>	<b>Población Regional (Estimado DANE)</b>	<b>Tasa de Donación</b>	<b>Tasa de Trasplante</b>
<b>2013</b>	1.126.316	12,6	24,9
<b>2014</b>	1.140.539	11,4	22,8
<b>2015</b>	1.154.777	11,2	22,5
<b>2016</b>	1.168.869	9,4	18,8
<b>2017</b>	1.182.944	8,5	16,1

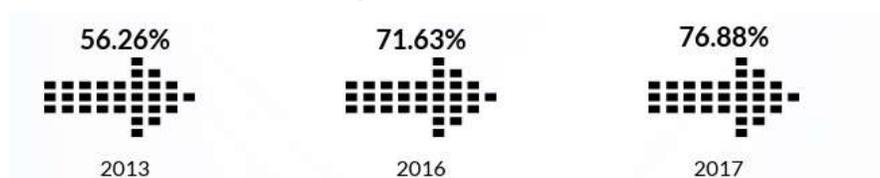
Fuente: INS – Sistema Nacional de Información de la Red de Donación y Trasplantes

El gráfico 6 presenta el resultado del cumplimiento de los estándares del PNA por parte de la Coordinación Regional No. 6 consolidado por dimensión y año de auditoría del segundo ciclo del programa. A partir del resultado por dimensión, se realizó la calificación global del cumplimiento a la totalidad de estándares del PNA para el ciclo. El detalle de la semaforización y la calificación de cada estándar y de cada dimensión de esta regional se encuentra en el anexo 7.

Gráfico 6. Calificación del cumplimiento de estándares del PNA por dimensión y año.  
Coordinación Regional No. 6 de la Red



Calificación total cumplimiento de estándares de auditoría



Fuente. INS – Informes anuales de acciones de auditoría Coordinaciones Regionales Red Donación y Trasplante

La RCORDT 6 durante el segundo ciclo del PNA presentó un avance progresivo en las dimensiones de estructura e implementación. Para el caso de resultado presentó una leve disminución para el cierre de 2017 con respecto a 2016; logrando cerrar el ciclo con un cumplimiento del 76.88% de la totalidad de estándares y dimensiones auditadas. Esta RCORDT junto con la Coordinación regional No. 1 presentan el mayor nivel de cumplimiento a los estándares de auditoría externa a las Coordinaciones Regionales, ambas por encima del 75%.

Esta regional es la de más reciente conformación y con una única área de influencia que abarca un solo departamento, en el cual se destaca el compromiso que ha asumido la Secretaría de Salud para garantizar sus actividades como Coordinador Regional. La regional ha realizado una integración directa de sus actividades operativas 24/7 con el CRUE, con el control de toda la trazabilidad del proceso de donación y de trasplante. Es de resaltar el cumplimiento y oportunidad en la gestión de sus funciones, no obstante como se observa para todas las Coordinaciones Regionales debe avanzar en la dimensión de resultado para los estándares auditados.



Tabla 15. Principales logros y oportunidades de mejora a partir de hallazgos de auditoría  
Coordinación Regional No. 6 de la Red.

LOGROS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación de procesos y procedimientos, socialización de los mismos.</li> <li>• Planeación de actividades y seguimiento. Gestión de recursos para el cumplimiento de funciones de la RCORDT.</li> <li>• Realización del comité asesor y seguimiento.</li> <li>• Integración de sus actividades operativas ininterrumpidas con el CRUE Departamental. Esto garantiza el control y trazabilidad de los procesos de donación y de trasplante en tiempo real.</li> <li>• Organización de las actividades de gestión de la donación y medición de sus resultados.</li> <li>• Documentación de criterios de distribución de componentes anatómicos, realización de esta actividad desde la RCORDT, control de esta actividad.</li> <li>• Gestión de un programa de promoción regional.</li> <li>• Disponibilidad de auditor médico, en caso de auditoría de pares.</li> <li>• Documentación de un programa de auditoría regional e implementación de acciones y niveles de auditoría de acuerdo con el PNA.</li> <li>• Seguimiento, verificación y actualización del estado de inscripción de las entidades de su regional.</li> <li>• Seguimiento a resultados de trasplante, tanto por auditoría, así como implementación de encuestas para medir calidad de atención del paciente en el pos-trasplante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación mecanismos de seguridad de la información física y magnética.</li> <li>• Auditoría a resultados de estudios de adherencia según lo reportado por IPS trasplantadoras.</li> <li>• Validación de la información reportada por parte del comité de trasplantes.</li> <li>• Consolidación y medición de resultados de los procesos de auditoría.</li> </ul>



#### 4.3.7 Consolidado Nacional

Cada una de las Regionales de la Red de Donación y Trasplantes tiene características particulares, tanto en su constitución geográfica como en su funcionamiento administrativo. Sus funciones y competencias están determinadas en la normatividad vigente sobre las cuales como se ha descrito se definen los criterios y estándares del PNA.

A continuación, se presentan las calificaciones totales de las 6 Coordinaciones Regionales para cada año (gráfico 7). Si bien se evidencia un avance en todas las RCORDT con respecto al alcance al cumplimiento de los estándares auditados entre el inicio del presente ciclo de auditoría, hasta su cierre, también se observa que 3 (50%) de las 6 regionales no superan un cumplimiento del 50%. Si bien han documentado procesos y procedimientos se evidencian desviaciones entre los procedimientos documentados y las acciones que ejecuta la regional. La dimensión en que menos se ha avanzado corresponde a la de resultado; por lo cual, si bien se planean y ejecutan actividades en relación con las competencias definidas, estas no se miden; bien sea según lo definido por la misma regional, así como tampoco se recogen y auditan mediciones de resultado final en sus actores objeto de seguimiento, y auditoría.

Tabla 12. Información general de la actividad de donación y trasplantes, Colombia 2013-2017

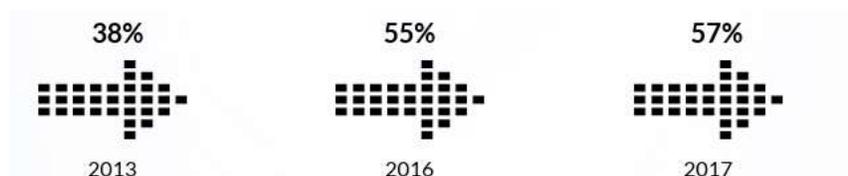
<b>IPS Trasplantadoras de órganos</b>	25	<b>IPS Trasplantadoras de tejidos</b>	113
<b>IPS Trasplantadoras de progenitores hematopoyéticos</b>	15	<b>Bancos de Tejido</b>	20
<b>Datos Globales Nacionales</b>			
	<b>Población Regional (Estimado DANE)</b>	<b>Tasa de Donación</b>	<b>Tasa de Trasplante</b>
<b>AÑO</b>			
<b>2013</b>	47.121.089	7.0	23.8
<b>2014</b>	47.661.787	7.3	22.2
<b>2015</b>	48.203.405	8.4	25.0
<b>2016</b>	48.747.708	7.0	21.9
<b>2017</b>	49.291.609	8.9	26.7

Fuente: INS – Sistema Nacional de Información de la Red de Donación y Trasplantes

Gráfico 6. Calificación del cumplimiento de estándares del PNA por dimensión y año a nivel Nacional.



Calificación total cumplimiento de estándares de auditoría



Fuente. INS – Informes anuales de acciones de auditoría Coordinaciones Regionales Red Donación y Trasplante

En el anexo 8 se puede evidenciar en detalle el consolidado de los resultados globales del PNA por regional para cada año y por estándar auditado. Al cierre del ciclo del PNA se observa un alcance de la implementación de las dimensiones así: enfoque 25.62% (del 33.75% de esta dimensión), implementación 19.7% (del 33.75% de esta dimensión) y resultado 11.4% (del 32.50% de esta dimensión). De igual manera se evidencia que siete (7) estándares auditados no superaron el 50% de cumplimiento y ninguno de los veintidós (22) superó el 85%.

Es de resaltar que de los 22 estándares auditados en las RCORDT, solo uno (1) presentó una disminución entre el inicio del ciclo y el cierre, este corresponde al de “*asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los bancos de tejidos para que realicen rescate de componentes anatómicos en IPS y en el INMLCF*”. Lo anterior se presenta porque si bien las Coordinaciones Regionales cuentan con procedimientos para realizar esta actividad, la ejecución de la misma presenta brechas contra lo definido a nivel regional y como en la mayor parte de estándares no se cuenta con mediciones de resultado de su implementación, seguimiento de los

procesos que se realizan en el INMLCF, ni acciones frente a las desviaciones encontradas con respecto a las obligaciones de estas entidades.

Destaca el estándar relacionado con la verificación de la prestación de servicios de trasplante a extranjeros no residentes, el cual para 2016 alcanzó un 89% de cumplimiento, lo cual se explica por las distintas acciones lideradas desde el INS para el control y seguimiento del tema, no obstante para el cierre en 2017, el estándar bajó a un cumplimiento del 61%, lo cual obedece a que una vez expedida la Ley 1805 de 2016 no se actualizaron los procedimientos relacionados con la prestación de servicios de trasplante y aunque la función que realizaban las RCORDT de autorización de estos procedimientos, paso al Ministerio de Salud, las regionales deben asegurar el seguimiento y control de los procedimientos de trasplante, incluyendo la prestación del servicio a extranjeros no residentes en los nuevos términos de la Ley.

La totalidad de los estándares auditados presenta un mayor cumplimiento en la dimensión de estructura (enfoque) y proceso (implementación), sin embargo no se evidencian mediciones del impacto de las acciones adelantadas lo que conduzca al mejoramiento de los procesos adelantados, así como la auditoría a los resultados presentados por las entidades sujeto de auditoría. Dentro del grupo de estándares de auditoría, llama la atención el cumplimiento por debajo del 40% de los relacionados con verificación a programas de seguridad al paciente, procesos y procedimientos de verificación de la calidad de la atención y verificación del cumplimiento de criterios de distribución regional, estándares críticos dentro del proceso de trasplante.

Específicamente para el cierre del ciclo se incluyó un estándar adicional, considerando lo definido en el artículo 8 de la Ley 1805 de 2016, el cual determina: *“Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), deberán contar con recursos humanos y técnicos idóneos a fin de detectar en tiempo real a los potenciales donantes de acuerdo con los criterios y competencias que establezca el Instituto Nacional de Salud (INS). Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de Nivel 11 con Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de Nivel III y IV, deberán contar con los recursos humanos y técnicos idóneos para el diagnóstico de la muerte encefálica, así como para el mantenimiento del donante hasta el momento del rescate. Estos recursos serán un requisito de habilitación. La auditoría de estos procedimientos estará a cargo del Instituto Nacional de Salud (INS), que podrá delegar dicha función en las coordinaciones regionales de la Red de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos. (...)”*

Al respecto, algunas Coordinaciones Regionales dentro de las acciones de auditoría realizadas a IPS generadoras incluían algunos componentes de lo definido en la Resolución 2003 de 2014, en cuanto a servicios de UCI.



La auditoria externa del INS verificó en 2017 el “cumplimiento por parte de las IPS generadoras de disposición del Recurso Humano en UCI para la realización del diagnóstico de muerte encefálica y mantenimiento del donante. De acuerdo a ley 1805 artículo 8 y estándar de Recurso humano”. Al respecto se encontró que:

Tabla 13. Estado de implementación del componente de auditoria del articulo 8 Ley 1805 de 2016 (auditoria 2017).

REGIONAL/DIMENSIÓN	ENFOQUE	IMPLEMENTACIÓN	RESULTADO
1	Amarelo	Verde	Verde
2	Amarelo	Verde	Verde
3	Verde	Verde	Verde
4	Amarelo	Verde	Verde
5	Naranja	Amarelo	Verde
6	Amarelo	Verde	Verde

Este estándar no se evidencia completamente documentado dentro de los programas de auditoria, no obstante algunos aspectos del mismo están incluidos en los instrumentos de auditoria regionales. En general se verifican aspectos relacionados con el diagnóstico de muerte encefálica en los donantes legalizados o reales; sin embargo, la auditoria aún no se ha desplegado completamente a las IPS generadoras para la verificación de los casos de pacientes neurocríticos que pudieron ser diagnosticados con muerte encefálica.

Se evidencia que no todas las RCORDT están realizando auditoria a las IPS generadoras de su regional, o algunas acciones se concentran en IPS que también son trasplantadoras, y en las instituciones ubicadas en la sede de la Coordinación regional.

Este estándar no fue calificado para este cierre de ciclo del PNA, debido a que se incluyó la verificación solo para un corte del periodo debido a la expedición de la Ley, esto permite tener una mirada general de su implementación; sin embargo, se deberá constituir en uno de los elementos principales de la siguiente versión del Programa Nacional de Auditoria de la Red.

En el siguiente punto se detallan algunos de los hallazgos de los resultados de cumplimiento de estándares de auditoría a nivel nacional para cada corte dentro del ciclo.

## 5. HALLAZGOS GENERALES DEL PROGRAMA

En la implementación del PNA en su segunda versión, a través de la realización de acciones de auditoria tanto a las Coordinaciones Regionales y el acompañamiento efectuado a otros sujetos, como IPS con servicio de trasplante, IPS generadoras y Bancos de Tejidos, se evidenciaron



distintos hallazgos con respecto a la implementación de distintas actividades en los procesos de donación y de trasplante. A continuación, se presentan los principales hallazgos detectados:

- En el primer ciclo de auditoría (2013), ningún estándar alcanzó un comportamiento mayor al 70%. Tienen una calificación más alta, en su orden:
  - *Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF: 69%*
  - *Expide la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004: 58%*
  - *Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia: 58%*

Entre los estándares con calificaciones más bajas fueron:

- *Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud: 0%*
  - *Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados: 17%*
  - *Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados: 23%*
- Para el año 2016, se observa un cumplimiento mayor, superior al 80% de los siguientes estándares:
    - *Expide la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004: 89%*
    - *Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia: 89%*
    - *Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse: 100%*
    - Para el mismo ciclo 2016, se presentaron incrementos en la calificación para 20 de los 22 estándares evaluados a nivel nacional.
  - Para el año 2017, se observa solo un estándar con calificación mayor a 80%:
    - *Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse: 83%*
    - Se observa mejoría en la calificación de 10 estándares.
    - Ningún estándar tuvo una calificación menor de 30%



- Los estándares con la calificación más baja fueron en su orden:
- *Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud: **36%***
  - *Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional: **39%***
  - *Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados: **46%***
- En cuanto a la calificación total, el mayor crecimiento se obtuvo entre los años 2013- 2016 (38%-55% )
  - Los siguientes estándares no alcanzaron un porcentaje de cumplimiento mayor al 50% en ninguno de los ciclos evaluados:
    - *La RCORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.*
    - *Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.*
    - *Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.*
    - *Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.*
    - *Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.*
    - *Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.*

Como parte de las verificaciones y evidencias revisadas durante las acciones de auditoría, a continuación se relacionan una serie de hallazgos y observaciones efectuadas, comunes a las Regionales, muchas de las cuales son reiterativas en los informes anuales del PNA:

- Se evidencia una importante rotación de recurso humano al interior de las Coordinaciones Regionales, sin que existan procedimientos institucionales que impidan la pérdida de memoria institucional y aseguren la inducción al personal nuevo y la transferencia de conocimiento. Esto repercute en reprocesos nacionales al no garantizarse la continuidad



en la capacitación que el INS realiza a las regionales en asistencia técnica al nuevo personal.

- La organización actual de las Regionales implica que una Coordinación Regional (Departamento o Distrito) realice actividades en los demás entes territoriales a su cargo. Sin embargo, esto se ha traducido en dificultades en la gestión de recursos e infraestructura y falta de cobertura de actividades en la totalidad del área de influencia de las Regionales.
- No se evidencia control a la totalidad de los procesos de gestión de donación y de trasplante, no se garantiza seguimiento sistemático a los acuerdos de operación regionales y nacionales, lo que no permite tomar acciones de mejoramiento oportunas y verificar la trazabilidad de los procesos.
- En la mayor parte de las Coordinaciones regionales no se cuenta con control y seguimiento de los procesos relacionados con tejidos, como si ocurre con los de órganos. No se cubre el seguimiento a todo el proceso del tejido desde su donación, hasta su distribución y manejo de listas de espera en IPS y de solicitudes de tejidos en Bancos.
- Se evidencia poca articulación entre las acciones de las Coordinaciones Regionales y las áreas de IVC de los entes territoriales. No se encuentran reportes de notificación de a las autoridades sanitarias y Superintendencia Nacional de Salud de todos los incumplimientos detectados a la normatividad vigente, según lo señalado en el capítulo XII del Decreto 2493 de 2004.
- Las Coordinaciones Regionales manifiestan dificultades logísticas para la atención de alertas, procesamiento de muestras y rescate de componentes anatómicos en zonas diferentes a la ubicación de las sedes de las IPS Trasplantadoras y Bancos de Tejido, lo que no asegura la atención del 100% de los procesos de donación y trasplante.
- De acuerdo con las evidencias revisadas, en algunas regionales han detectado resistencia en algunas IPS Generadoras para la determinación y firma del diagnóstico de la muerte encefálica, no solo desde el punto de vista clínico, sino por razones administrativas, ante las posibles negaciones de pago por parte de las EAPB una vez declarado este estado.
- En algunas regionales no se asegura el funcionamiento 24 horas para sus actividades operativas dentro de los procesos de donación y trasplante, delegándolas a las IPS con servicio de trasplante o a los bancos de tejidos, lo que no permite fortalecer su papel como Coordinador Regional, ni asegurar el control de esos procesos.
- Se encuentran los procedimientos regionales desactualizados, los cuales no están armonizados con las actualizaciones normativas y lineamientos nacionales.
- Se encuentran periodos de tiempo en los que las Coordinaciones Regionales no cuentan con personal que asegure su pleno funcionamiento, según competencias definidas.
- No se evidencian consolidados de indicadores de resultado de la actividad de trasplante de las entidades sujetas a inscripción en las RCORDT, así como de la auditoría realizada



a los mismos. Se encuentran algunos ejercicios alrededor del tema, en algunas regionales.

- De las 6 RCORDT, una (1) cumplió con las visitas 3 veces al año a sus IPS trasplantadoras tal como lo establece la normatividad vigente, lo anterior debe reconsiderarse teniendo en cuenta los recursos que disponen las Coordinaciones Regionales y el mayor número de entidades sujetos del PNA.
- Las RCORDT reportan dificultades en la organización de los procesos de gestión de donación, dadas las relaciones contractuales que tienen las entidades (pagos entre IPS trasplantadoras por rescates, pagos de IPS trasplantadoras a IPS generadoras, pagos por rescate de tejidos en IPS, corte entre el primer y segundo diagnóstico para pagos a la IPS generadoras), debido a que el funcionamiento del tema es en Red.
- Se evidencian dificultades en el seguimiento de pacientes trasplantados, y la atención oportuna que deben recibir por parte de sus aseguradores.

## 6. AUTOEVALUACIÓN REGIONALES

Como parte de las actividades de seguimiento y cierre de ciclo del PNA, se aplicó un cuestionario de autoevaluación a las Coordinaciones Regionales de la Red, con el fin de valorar el desarrollo del PNA en las regionales. La autoevaluación fue diligenciada por las 6 Coordinaciones Regionales de la Red. A continuación, se presenta la consolidación de las respuestas obtenidas

PREGUNTA	RESPUESTAS CONSOLIDADAS
<p><b>1. ¿Cuáles son las acciones a implementar el PNA en su programa regional?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar las visitas de auditoria externa programadas.</li> <li>• Socialización del PNA con IPS Trasplantadoras y Bancos de Tejido.</li> <li>• Contacto con las IPS ubicadas fuera del departamento en donde funciona la coordinación regional.</li> <li>• Atención oportuna de las acciones coyunturales.</li> <li>• Mejoramiento de los instrumentos de recolección de información.</li> </ul>
<p><b>2. ¿Cuáles son los logros alcanzados con el programa de auditoria Regional?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento en la realización de auditorías a las IPS Trasplantadoras de órganos y bancos de tejido.</li> <li>• Aumento en la notificación de potenciales donantes, a raíz de las acciones de control y gestión del Plan Regional de auditoria.</li> <li>• Avances en el cumplimiento de las IPS trasplantadoras en sus compromisos legales y normativos.</li> <li>• Acercamiento de la regional a los actores participantes de la red.</li> </ul>



PREGUNTA	RESPUESTAS CONSOLIDADAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejoramiento en la calidad de prestación de servicios a los pacientes trasplantados.</li> </ul>
<p>3. ¿Cuál ha sido el % de implementación del programa de auditoria en la auditoria interna de cada grupo de actores (IPS trasplantadoras de órganos, tejidos, médula ósea y Bancos de tejidos)</p>	<p><b>REGIONAL 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IPS de Órganos 100%.</li> <li>IPS de Tejidos 50%.</li> <li>Bancos de Tejidos 100%.</li> </ul> <p><b>REGIONAL 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>99% de los actores presentan auditoria interna.</li> </ul> <p><b>REGIONAL 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IPS Órganos: 100%</li> <li>Bancos de Tejido: 50%</li> </ul> <p><b>REGIONAL 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>70%</li> </ul> <p><b>REGIONAL 5</b></p> <p>No se dispone una medición de su implementación.</p> <p><b>REGIONAL 6</b></p> <p>No se dispone una medición de su implementación.</p>
<p>4. ¿Cómo definieron las acciones coyunturales?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se encuentran procesos diferentes para la definición de acciones coyunturales entre las que se encuentran:</li> <li>Criterios establecidos por la regional en las que según amerite, se deben manejar conjuntamente con la Coordinación Nacional.</li> <li>No se han presentado acciones coyunturales en el último periodo.</li> <li>Definidas desde la instancia central del INS.</li> <li>Definidas por las IPS y ser reportadas a la Regional.</li> <li>De acuerdo a las novedades, quejas y reclamos</li> </ul>
<p>5. ¿Se logró la realización de auditorías tres veces al año a las entidades sujetas de auditoria (IPS y Bancos) desde la expedición del programa de auditoria regional? ¿En qué porcentaje?</p>	<p><b>REGIONAL 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>IPS Órganos: 100%</li> <li>IPS tejidos: 50%</li> <li>Bancos de Tejido: 100%</li> </ul> <p><b>REGIONAL 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0%</li> </ul> <p><b>REGIONAL 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>2016:</b> 2 visitas de auditoria</li> <li><b>2017:</b> 1 Visita a IPS y Bancos de tejido</li> </ul> <p><b>REGIONAL 4</b></p>



PREGUNTA	RESPUESTAS CONSOLIDADAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2013 y 2014:</b> 70% (Solo en esos periodos de cumplió con las visitas)</li> </ul> <p><b>REGIONAL 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se dispone de esta medición.</li> </ul> <p><b>REGIONAL 6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100%</li> </ul>
<p><b>6. ¿La regional ha realizado actividades de capacitación a las áreas de IVC de los entes territoriales? ¿En qué porcentaje?</b></p>	<p><b>REGIONAL 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En 2013, capacitación con personal IVC de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.</li> </ul> <p><b>REGIONAL 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0%</li> </ul> <p><b>REGIONAL 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se han realizado actividades; entre el año 2013-2015 se hacen acercamientos informales con el grupo de habilitadores.</li> </ul> <p><b>REGIONAL 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio telefónico y email: 70%</li> </ul> <p><b>REGIONAL 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones con las IVC del Distrito de Barranquilla, sin embargo, no se ha avanzado en capacitación sistemática.</li> </ul> <p><b>REGIONAL 6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hizo en el año 2014</li> </ul>
<p><b>7. ¿Cuántos auditores han tenido entre enero de 2013 y 2016? ¿Han habido periodos sin auditor y en qué tiempo?</b></p>	<p><b>REGIONAL 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 auditores por prestación de servicios hasta el año 2015. Desde Julio de 2016 4 profesionales de planta. Periodos sin auditor de 2-3 / año.</li> </ul> <p><b>REGIONAL 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 auditores. Sin auditor de mayo 2015- Julio 2016</li> </ul> <p><b>REGIONAL 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2013-2015: 1 auditor</li> <li>• Julio- diciembre 2016: 1 auditor</li> <li>• Diciembre 2016- mayo 2017: Sin auditor</li> <li>• Mayo 2017: 1 auditor</li> </ul> <p><b>REGIONAL 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 auditores diferentes durante 15 meses discontinuos</li> </ul> <p><b>REGIONAL 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2014: 8 meses</li> </ul>



PREGUNTA	RESPUESTAS CONSOLIDADAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2015: 6 meses</li> <li>• 2016: 3 meses y 5 días</li> </ul> <p><b>REGIONAL 6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 auditores uno cada año, por un periodo de hasta 5 meses.</li> </ul>
<p><b>8. ¿Siempre se cumplió con el principio de pares para el PNA?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cumplió siempre; se observa que los equipos auditores están conformados algunas veces por médicos y otros por profesionales de la salud con especialización en auditoria.</li> </ul>
<p><b>9. ¿Cómo generaron las herramientas? ¿Cómo las implementaron? ¿Cómo manejaron las dificultades?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización del marco normativo vigente para Garantía de la calidad en salud.</li> <li>• Retroalimentación con los actores auditados.</li> <li>• Siguiendo los lineamientos del PNA.</li> </ul>
<p><b>10. ¿Cómo se abordaron los problemas del programa de auditoria regional?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usando la información de las reuniones internas, los planes de mejoramiento y las asesorías y asistencias técnicas.</li> <li>• Haciendo revisión con el profesional encargado de la auditoria de la regional, de los hallazgos de los ciclos anteriores para con esto elaborar un plan de mejoramiento</li> </ul>
<p><b>11. ¿Cuáles son los nuevos problemas que deben abordar el programa?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorización de componentes anatómicos.</li> <li>• Seguimiento del paciente trasplantado (órganos y tejidos)</li> <li>• Seguimiento de criterios de asignación y distribución.</li> <li>• Procesos administrativos (ej. facturación, recobro).</li> <li>• Coordinación hospitalaria.</li> <li>• Continuidad del personal en la regional para la implementación de procesos y procedimientos.</li> <li>• Incorporación de estándares de mantenimiento de donantes.</li> <li>• Aseguramiento de los recursos destinados al CRUE y a las coordinaciones regionales de donación y trasplante.</li> </ul>

## 7. LOGROS DEL PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA

Desde la implementación del Programa y con la participación de los equipos de las regionales tanto en las auditorias como en las asistencias técnicas, la gestión de la información y la retroalimentación de los procesos operativos, el PNA contribuye asegurar los resultados del INS como Coordinador de la Red de Donación y Trasplantes, además de conseguir de medir el



comportamiento de los actores de la Red sobre sus funciones y competencias. A continuación se describen algunos de los aportes del PNA:

- Contribuir al mejoramiento de la legitimidad y transparencia del proceso de donación y de trasplante de cara a la sociedad, insistiendo en la necesidad de hacer verificación constante de la documentación requerida para la correcta gestión de las listas de espera, la asignación de componentes y la aplicación de los requisitos de Ley dictados para los trasplantes para extranjeros no residentes en el territorio colombiano.
- Incorporación de mecanismos de auditoría a las IPS Generadoras de donantes.
- Acercamiento paulatino con los entes de Inspección Vigilancia y Control y Superintendencia Nacional de salud.
- Promover al interior de las Regionales de una cultura de calidad, autocontrol y auditoría interna, para mejorar la prestación de los servicios en cada uno de los actores de la Red.
- Integración del Programa Nacional de Auditoría con los componentes del SOGCS y de seguridad del paciente.

## 8. DESAFIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE AUDITORIA

La gestión permanente del PNA desde el INS ha propiciado cambios positivos en todos los niveles de la Red, insistiendo en la necesidad de implementar en los procesos de donación y de trasplante todos los niveles de auditoría (autocontrol, auditoría interna y auditoría externa). Sin embargo, es necesario plantear algunos aspectos, que se traducen en prioridades a tener en cuenta para la siguiente versión del Programa Nacional de Auditoría:

1. Aunque existen grandes diferencias entre regionales, se hace necesaria la utilización de estrategias que propendan por la homogenización del funcionamiento (cumplimiento de competencias) de las regionales.
2. Ampliar la verificación de estándares / criterios de auditoría de forma tal que se abarquen más componentes de los procesos de donación y de trasplantes, así como explorar incluir otros actores como sujetos de auditoría tales como EAPB.
3. Realizar estrategias que permitan una mayor y mejor articulación con las entidades que ejercen funciones de autoridad sanitaria y al Superintendencia Nacional de Salud.
4. Continuidad y retroalimentación de resultados y oportunidades de mejora.
5. Incentivar estrategias dirigidas al cumplimiento de auditoría en todos sus niveles: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa.
6. Estandarizar, incorporar e implementar mecanismos de medición a los procesos de donación y de trasplante y auditoría a los mismos dentro del PNA.



## 9. CONCLUSIONES

1. Se actualizó y estandarizó una segunda versión del Programa Nacional de Auditoría, de acuerdo con las competencias del INS, lo que permite la realización de actividades de auditoría al interior de la Red de Donación y Trasplantes, teniendo como objetivo contribuir a mejorar la gestión de la Red y la calidad de la prestación de servicios mediante la generación de información útil para la toma de decisiones y actualización normativa.
2. EL INS de acuerdo con sus funciones, realizó auditoría externa al 100% de las Coordinaciones regionales conformadas en el país durante este ciclo y contribuyó con las RCORDT en la implementación del PNA a nivel regional, tanto en IPS trasplantadoras, generadoras y Bancos de tejidos.
3. EL INS realizó seguimiento al despliegue del PNA, tanto en la metodología definida como en los estándares y criterios definidos, lo que se encuentra contenido en los resultados obtenidos de las acciones adelantadas en las Coordinaciones Regionales.
4. En la actualidad a pesar de algunos procedimientos no actualizados casi la totalidad de las regionales cuentan con manuales de funciones, procesos o procedimientos documentados que permiten la estandarización de la mayoría de sus funciones.
5. Se evidencia un despliegue parcial del PNA, toda vez que si bien se realizó auditoría teniendo en cuenta todas las dimensiones propuestas como metodología del programa, se requiere profundizar en la implementación de todos los niveles de auditoría, especialmente en lo que respecta a autocontrol y auditoría interna.
6. Se observa un mejoramiento continuo en la gestión de las Coordinaciones Regionales frente al cumplimiento de sus competencias, sin embargo el logro nacional solo alcanza el 57%, el cual es bajo teniendo en cuenta que los estándares auditados tienen referencia en las obligaciones normativas que deben cumplir las Coordinaciones Regionales.
7. De acuerdo con la metodología usada para la calificación de los resultados de las auditorías efectuadas, se observa que las dimensiones de enfoque o estructura e implementación o proceso son las que presentaron un mayor desarrollo frente a la dimensión de resultado al cierre del ciclo, así: enfoque 25.62% (del 33.75% de esta dimensión), implementación 19.7% (del 33.75% de esta dimensión) y resultado 11.4% (del 32.50% de esta dimensión).
8. A través del Programa Nacional de Auditoría se ha asegurado el control de la prestación de servicios de trasplante a extranjeros no residentes y trasplante con donante vivo para



el cumplimiento de la normatividad vigente, como procedimientos críticos dentro de los procesos de donación y de trasplante.

9. Si bien se observa que las RCORDT han documentado criterios de asignación de trasplante para la mayoría de componentes anatómicos (principalmente órganos), lo que contribuye a la transparencia de los procesos de donación y de trasplante, no se evidencian mecanismos de control y auditoría a la implementación de todos ellos.
10. Se evidencia la documentación de programas de auditoría regional y programas de auditoría interna en las IPS con servicios de trasplante, dada su obligatoriedad a través de las Resoluciones 2640 de 2005 y Resolución 1441 de 2014, respectivamente, sin embargo, es preciso avanzar en el despliegue de los mismos y su medición.
11. Se requiere analizar aspectos de conformación de las Regionales en el país, así como las competencias asignadas en virtud del cumplimiento, logros y limitantes presentadas con respecto a las funciones dadas por norma actualmente.
12. Dados los resultados de las acciones de auditoría externa efectuadas, deberá considerarse el fortalecimiento o definición de nuevos mecanismos de articulación con las entidades con funciones de autoridad sanitaria y la Superintendencia Nacional de Salud para realizar acciones a este nivel sobre las desviaciones que se detectan desde el Programa de Auditoría de la Red de Donación y Trasplantes.



## 10. ANEXOS

### ANEXO 1 INSTRUMENTO DE ESTANDARES DE VERIFICACION

ESTÁNDARES A EVALUAR	
<b>1. Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos. Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red. Debó ser presentado oficialmente a la coordinación nacional de la Red.</b>	
<i>Dimensiones</i>	<i>Hallazgos / Consideraciones del auditado</i>
<b>Enfoque:</b> se verifica existencia del manual de procesos y procedimientos actualizado. Está acorde a las funciones de la C. Regional según Decreto 2493 y resoluciones reglamentarias, incluyendo resolución 1220 de 2010. Debe especificar para cada función los objetivos, alcance, metodología, estrategias para su cumplimiento, plan de análisis, instrumentos en caso que apliquen y fichas técnicas de los indicadores necesarios para su evaluación (ej. PHVA - 5W1H).	
<b>Implementación:</b> se verifica la divulgación del manual de procesos y procedimientos a los actores de la Red internos y externos, según aplique, y la puesta en marcha de lo descrito en el manual regional.	
<b>Resultado:</b> se verifica la existencia de mediciones del cumplimiento del manual de funciones y/o procesos y procedimientos definido.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>2. Las actividades de la coordinación Regional se realizan conforme a una planeación que está sustentada en un plan de acción documentado.</b>	
<i>Dimensiones</i>	<i>Hallazgos / Consideraciones del auditado</i>
<b>Enfoque:</b> se verifica la existencia de esta documentación.	
<b>Implementación:</b> se verifica la ejecución de este plan de acción	
<b>Resultado:</b> Se verifica la medición que la misma coordinación realiza por lo menos de manera trimestral de este plan de acción (autoevaluación de la gestión).	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>3. La Coordinación regional realiza el comité asesor de la regional.</b>	
<i>Dimensiones</i>	<i>Hallazgos / Consideraciones del auditado</i>
<b>Enfoque</b> se verifica este procedimiento en su manual de funciones y/o manual de procesos y procedimientos, documentación de la convocatoria y la evidencia de la elección de los representantes.	
<b>Implementación</b> Se verifica la frecuencia de las reuniones, existencia de actas, convocatoria a cada reunión y la existencia de reglamento del comité aprobado por este.	



<b>Resultado</b> se verifica el control que la coordinación regional realiza a los compromisos y cronogramas producto de los acuerdos del comité y la medición del cumplimiento de estos.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>4. La coordinación regional lleva un registro actualizado de cada una de las actas, reuniones y actividades de esta debidamente archivado catalogado y foliado de acuerdo a lo establecido por el archivo general de la república.</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>Enfoque:</b> se verifica si tiene contemplado este procedimiento en el manual de funciones y/o manual de procesos y procedimientos de la organización y la existencia de tabla de retención documental.	
<b>Implementación:</b> implementación de la tabla de retención documental.	
<b>Resultado:</b> se realiza verificación de inventarios documentales.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>5. Asigna los turnos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las Instituciones Prestadoras de Salud generadoras y el INMLCF.</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>Enfoque</b> se verifica si tiene contemplado este procedimiento en su manual de funciones y/o manual de procesos y procedimientos. Existen documentos o actas en que se evidencien los acuerdos a que se llegó con los actores.	
<b>Implementación</b> Se verifica si la Coordinación Regional tiene evidencia del seguimiento que realiza al cumplimiento de los turnos.	
<b>Resultado</b> se verifica la consolidación de esta información y la retroalimentación que realizó a las IPS y Bancos sobre el cumplimiento de los turnos acordados.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>6. Realiza organización de la gestión operativa de la donación.</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>Enfoque</b> se verifica esta función en su manual de funciones y/o manual de procesos y procedimientos.	
<b>Implementación</b> se verifica la evidencia de actas de reunión con los coordinadores de gestión de donación, registro en la bitácora regional de la comunicación diaria con los coordinadores y el establecimiento de la lista de turnos de los coordinadores.	
<b>Resultados</b> se verifica la consolidación de número de alertas, operativos de rescate coordinados, su resultado retroalimentación y documentación. Se verifica el seguimiento al cumplimiento de la organización definida de	



estas actividades, cumplimiento de atención de alertas en toda el área de influencia.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>7. Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>Enfoque</b> se verifica si tiene contemplado este procedimiento en su manual de funciones y/o manual de procesos y procedimientos, está documentado estandarizado y debidamente soportado en criterios de asignación regionales.	
<b>Implementación</b> se verifica si la coordinación regional realiza la aplicación de los criterios de asignación de órganos y tejidos	
<b>Resultado</b> se verifica la consolidación de esta información y la retroalimentación que realiza a las IPS con servicio de trasplante y el seguimiento que realiza a la aplicación de los criterios.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>8. Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el Centro regulador de urgencias y emergencias (CRUE) de la regional.</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>Enfoque</b> se verifica si tiene contemplado este procedimiento en su manual de funciones y/o manual de procesos y procedimientos, o plan de promoción que responda a esta función.	
<b>Implementación</b> se verifica la documentación que soporte la implementación de las acciones descritas, fichas técnicas que las soportan.	
<b>Resultados</b> se verifica la autoevaluación que realice la coordinación regional o el actor que realizó tales actividades mediante indicadores de acuerdo con las fichas técnicas de las actividades de promoción de acuerdo con los objetivos y metas planteados.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>9. Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional.</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>Enfoque</b> se verifica si tiene contemplado esta función en su manual de funciones y/o manual de procesos y procedimientos y los procedimientos definidos desde el CRUE.	
<b>Implementación</b> se verifica la evidencia de funcionamiento ininterrumpido, comunicación diaria con los coordinadores de donación, bancos de tejidos, bitácora, seguimiento de procesos operativos.	



<b>Resultados</b> se verifica la consolidación de información sobre los procesos organizados y coordinados desde la coordinación regional – CRUE, novedades generadas y acciones de mejora frente a estos procedimientos.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>10. Expide la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera Nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004</b>	
<b>*Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>Enfoque</b> se verifica si este punto está contemplado en el manual de funciones y/o procesos y procedimientos.	
<b>Implementación</b> se verifica la existencia de la documentación de las certificaciones expedidas.	
<b>Resultado</b> se verifica el reporte de los procedimientos realizados a extranjeros no residentes tanto en el caso de órganos en las estadísticas regionales, así como el seguimiento que realiza la coordinación regional al reporte realizado desde las IPS y bancos de tejidos y casos no certificados.	
<b>Compromisos del Auditado</b>	

<b>11. ESTÁNDARES DE VERIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE AUDITORÍA</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Hallazgos / Consideraciones del auditado</b>
<b>11. Enfoque</b> se verifica si dispone de auditor médico y tiene establecido un programa de auditoría externa a las IPS trasplantadoras (órganos, tejidos y CPH), generadoras de toda la regional y Bancos de tejidos de acuerdo a las obligaciones estipuladas en el Decreto 2493 de 2004 y Decreto 1011 de 2006 y demás actores de la Red de donación y trasplante, dicho programa debe estar de acuerdo al nivel de auditoría externa establecido para el SOGCS.	
<b>Implementación</b> se verifica si el programa de auditoria regional considera y audita:	
<b>11.1</b> Los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e ilustrado de acuerdo a lo contemplado en la Resolución 2640 (Art. 18 literal G).	
<b>11.2</b> Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	
<b>11.3</b> Verifica programa de seguridad de paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	
<b>11.4</b> Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año.	
<b>11.5</b> Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	



<p><b>11.6</b> Realiza auditoría externa para efectuar evaluación y seguimiento del</p> <p><b>11.7</b> 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procesos y registros clínicos, procedimientos y concertando los hallazgos directamente con el equipo tratante.</p>	
<p><b>11.8</b> Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.</p>	
<p><b>11.9</b> Valida que el comité institucional de trasplantes realiza la evaluación de información antes de remitirla a la regional.</p>	
<p><b>11.10.</b> Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.</p>	
<p><b>11.11.</b> Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.</p>	
<p><b>11.12.</b> Realización de auditorías coyunturales según criterios definidos</p>	
<p><b>11.13.</b> Verificación de cumplimiento por parte de las IPS generadoras de disposición del Recurso Humano en UCI para la realización del diagnóstico de muerte encefálica y mantenimiento del donante. De acuerdo a ley 1805 artículo 8 y estándar de Recurso humano.**</p>	
<p><b>11.14 RESULTADO:</b> se verifican los informes de auditoría (trimestrales), la cuantificación de los resultados de las auditorías, la tendencia y comparación de estos datos entre auditorías, el seguimiento de los planes de mejoramiento de los actores auditados de la Red regional.</p>	
<p><b>Compromisos del Auditado</b></p>	

*\*Estándar modificado posterior a la promulgación de la Ley 1805 de 2016, para la auditoria de cierre de 2017*

*\*\* Estándar incluido únicamente en la auditoria de cierre (2017) debido a lo establecido en la Ley 1805 de 2016.*



## ANEXO 2

### MATRIZ CONSOLIDADA DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA EXTERNA A LA COORDINACION REGIONAL 1, 2013-2017

No Estándar	Descripción	2013-2014				2016				2017			
		ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL
1	Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos). Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0.75	3.75
2	Las actividades de la RCORDT se realizan según planeación sustentada en un plan de acción documentado.	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
3	La RCORDT realiza el comité asesor de la regional.	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
4	La RCORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0.75	3.75
5	Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF.	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	0.75	0.75	3.00
6	Realiza organización de la gestión operativa de la donación.	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	0.75	3.75
7	Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0.75	2.25	0.75	1.5	0.75	3.00
8	Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
9	Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el CRUE de la regional.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	1.5	1.5	4.50	0.75	0.75	0.75	2.25
10	Expede la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004. ** Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0.75	3.75
11	Dispone de auditor médico.	2.25	2.25	No Aplica	4.50	0	0	No Aplica	0.00	0	1.13	No Aplica	1.13
11	Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	1.25	4.25
11.1	Verifica que los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e ilustrado según lo contemplado en la Resolución 2840 (Art. 18 literal G).	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	0.75	3.75
11.2	Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	1.5	1.5	0	3.00	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	0.75	3.75
11.3	Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	0	0	0	0.00	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	0.75	3.75
11.4	Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0	0	1.50	0.75	0.75	0.75	2.25
11.5	Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0	0	1.50	1.5	0.75	0.75	3.00
11.6	Realiza auditoría externa para evaluar y seguir el 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y sus receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procedimientos y registros clínicos.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0	0	1.50	1.5	1.5	1.5	4.50
11.7	Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
11.8	Valida que el comité institucional de trasplantes realiza la evaluación de información antes de remitirla a la regional.	1.5	1.5	0	3.00	1.5	0	0	1.50	1.5	1.5	0.75	3.75
11.9	Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50
11.10	Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0	0	1.50	0.75	0	0	0.75
		<b>27.00%</b>	<b>21.00%</b>	<b>6.00%</b>	<b>54.00%</b>	<b>30.00%</b>	<b>18.75%</b>	<b>15.75%</b>	<b>64.50%</b>	<b>28.50%</b>	<b>28.13%</b>	<b>20.00%</b>	<b>76.63%</b>



### ANEXO 3

## MATRIZ CONSOLIDADA DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA EXTERNA A LA COORDINACION REGIONAL 2, 2013-2017

No. Estándar	Descripción	2013-2014				2016				2017			
		ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL
1	Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos). Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	0.75	0.75	3.00
2	Las actividades de la RCORDT se realizan según planeación sustentada en un plan de acción documentado.	0.75	0.75	0.75	2.25	0.75	1.5	1.5	3.75	0.75	0.75	0.75	2.25
3	La RCORDT realiza el comité asesor de la regional.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0	0.75	2.25	1.5	0	0	1.50
4	La RCORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0	0	1.50	1.5	0	0	1.50
5	Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF.	0.75	1.5	1.5	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0.75	3.75
6	Realiza organización de la gestión operativa de la donación.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
7	Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.	0.75	0	0	0.75	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0	2.25
8	Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional	1.5	0	0	1.50	0	0.75	0	0.75	0	0.75	0.75	1.50
9	Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el CRUE de la regional.	1.5	1.5	0	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
10	Expide la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004. ** Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional	0.75	1.5	1.5	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	0.75	1.5	1.5	3.75
11	Dispone de auditor médico.	0	0	No Aplica	0.00	2.25	2.25	No Aplica	4.50	2.25	2.25	No Aplica	4.50
11	Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.	0.75	0	0	0.75	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00
11.1	Verifica que los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e ilustrado según lo contemplado en la Resolución 2640 (Art. 18 literal G).	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	0.75	0.75	3.00
11.2	Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	0.75	0.75	0	1.50	0	0	0	0.00	1.5	0.75	0	2.25
11.3	Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	0	0	0	0.00	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0	2.25
11.4	Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00
11.5	Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	0	0	0	0.00	1.5	1.5	0	3.00	1.5	0.75	0	2.25
11.6	Realiza auditoría externa para evaluar y seguir el 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y sus receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procedimientos y registros clínicos.	0	0.75	0.75	1.50	1.5	0	0	1.50	0.75	0.75	0	1.50
11.7	Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
11.8	Valida que el comité institucional de trasplantes realiza la evaluación de información antes de remitirla a la regional.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00
11.9	Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.	0.75	1.5	1.5	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	0.75	0	2.25
11.10	Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.	0.75	0	0	0.75	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0	0	1.50
		18.00%	14.25%	6.00%	38.25%	28.50%	22.50%	15.00%	66.00%	30.00%	19.50%	12.00%	61.50%



**ANEXO 4**  
**MATRIZ CONSOLIDADA DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA EXTERNA**  
**A LA COORDINACION REGIONAL 3, 2013-2017**

No Estándar	Descripción	2013-2014				2016				2017			
		ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL
1	Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos). Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red.	0.75	0	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0	2.25
2	Las actividades de la RCORDT se realizan según planeación sustentada en un plan de acción documentado.	1.5	0.75	0	2.25	0.75	0	0	0.75	1.5	0.75	0.75	3.00
3	La RCORDT realiza el comité asesor de la regional.	0.75	0.75	0	1.50	0	0	0	0.00	0.75	0.75	0.75	2.25
4	La RCORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.	0.75	0	0	0.75	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00
5	Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF.	1.5	1.5	0	3.00	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0	1.50
6	Realiza organización de la gestión operativa de la donación.	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0.75	2.25	0.75	0.75	0	1.50
7	Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.	0.75	0	0.75	1.50	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0	0	1.50
8	Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0.75	2.25	0.75	0.75	0	1.50
9	Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el CRUE de la regional.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	0.75	3.75
10	Expide la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004. ** Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional	0.75	0.75	0.75	2.25	0	0.75	1.5	2.25	0	0	0	0.00
11	Dispone de auditor médico.	0	0	No Aplica	0.00	0	0	No Aplica	0.00	2.25	2.25	No Aplica	4.50
11	Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0	2.25	0.75	0.75	0	1.50
11.1	Verifica que los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e ilustrado según lo contemplado en la Resolución 2640 (Art. 18 literal G).	0.75	0	0	0.75	0.75	1.5	0.75	3.00	0	0.75	0.75	1.50
11.2	Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	1.5	0.75	0.75	3.00
11.3	Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	0	0	0	0.00	0.75	0.75	0	1.50	0	0.75	0	0.75
11.4	Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0.75	3.00	0.75	0.75	0.75	2.25
11.5	Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25
11.6	Realiza auditoría externa para evaluar y seguir el 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y sus receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procedimientos y registros clínicos.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	1.5	0.75	3.75	0.75	0	0	0.75
11.7	Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	1.5	1.5	4.50	0.75	0.75	0.75	2.25
11.8	Valida que el comité institucional de trasplantes realiza la evaluación de información antes de remitirla a la regional.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0	2.25
11.9	Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	0	0	0	0.00
11.10	Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.	0.75	0	0.75	1.50	1.5	0.75	0	2.25	0.75	0.75	0	1.50
		<b>15.75%</b>	<b>11.25%</b>	<b>3.00%</b>	<b>30.00%</b>	<b>20.25%</b>	<b>16.50%</b>	<b>10.50%</b>	<b>47.25%</b>	<b>21.00%</b>	<b>15.75%</b>	<b>6.00%</b>	<b>42.75%</b>



**ANEXO 5**  
**MATRIZ CONSOLIDADA DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA EXTERNA**  
**A LA COORDINACION REGIONAL 4, 2013-2017**

No Estándar	Descripción	2013-2014				2016				2017			
		ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL
1	Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos). Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25	0.75	0.75	0	1.50
2	Las actividades de la RCOORDT se realizan según planeación sustentada en un plan de acción documentado.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0	2.25
3	La RCOORDT realiza el comité asesor de la regional.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0	0	1.50	0.75	0	0	0.75
4	La RCOORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.	1.5	0.75	0	2.25	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00
5	Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF.	1.5	1.5	0	3.00	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	0.75	0.75	3.00
6	Realiza organización de la gestión operativa de la donación.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	1.5	3.75
7	Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	0.75	0	2.25
8	Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional	1.5	0.75	0	2.25	0	0.75	0	0.75	0	0.75	0.75	1.50
9	Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el CRUE de la regional.	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0	1.50
10	Expede la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004. ** Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	0.75	1.5	0.75	3.00
11	Dispone de auditor médico.	2.25	2.25	No Aplica	4.50	0	0	No Aplica	0.00	0	1.13	No Aplica	1.13
11	Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCOORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.	0	0	0	0.00	0.75	0	0	0.75	1.5	0.75	0	2.25
11.1	Verifica que los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e ilustrado según lo contemplado en la Resolución 2640 (Art. 18 literal G).	0.75	0	0	0.75	1.5	0	0.75	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00
11.2	Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	1.5	0.75	0.75	3.00
11.3	Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00
11.4	Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.	0.75	0	0	0.75	1.5	0	0	1.50	1.5	0	0	1.50
11.5	Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	0.75	0	0	0.75	1.5	0	0	1.50	1.5	0	0	1.50
11.6	Realiza auditoría externa para evaluar y seguir el 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y sus receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procedimientos y registros clínicos.	0.75	0	0	0.75	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0.75	3.00
11.7	Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	0.75	0.75	3.00
11.8	Valida que el comité institucional de trasplantes realiza la evaluación de información antes de remitirla a la regional.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	1.5	0.75	0	2.25
11.9	Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0.75	3.75
11.10	Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.	0	0.75	0	0.75	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25
		<b>17.25%</b>	<b>12.75%</b>	<b>2.25%</b>	<b>32.25%</b>	<b>22.50%</b>	<b>12.75%</b>	<b>9.75%</b>	<b>45.00%</b>	<b>25.50%</b>	<b>15.38%</b>	<b>8.25%</b>	<b>49.13%</b>



**ANEXO 6**  
**MATRIZ CONSOLIDADA DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA EXTERNA**  
**A LA COORDINACION REGIONAL 5, 2013-2017**

No. Estándar	Descripción	2013-2014				2016				2017			
		ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL
1	Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos). Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red.	0	0	0	0.00	0.75	0	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50
2	Las actividades de la RCORDT se realizan según planeación sustentada en un plan de acción documentado.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0.75	0	0.75
3	La RCORDT realiza el comité asesor de la regional.	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50	0	0	0	0.00
4	La RCORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00
5	Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF.	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0	1.50
6	Realiza organización de la gestión operativa de la donación.	0	0.75	0	0.75	0.75	1.5	0.75	3.00	0.75	0.75	0.75	2.25
7	Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.	0.75	0	0	0.75	0.75	0	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50
8	Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional	0	0	0	0.00	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0.75	2.25
9	Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el CRUE de la regional.	0	0.75	0	0.75	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50
10	Expede la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004. ** Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional	0	0.75	0.75	1.50	1.5	1.5	0.75	3.75	0	0.75	0.75	1.50
11	Dispone de auditor médico.	2.25	1.13	No Aplica	3.38	1.13	1.13	No Aplica	2.26	2.25	1.13	No Aplica	3.38
11	Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.	0.75	0	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0	1.50
11.1	Verifica que los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e ilustrado según lo contemplado en la Resolución 2640 (Art. 18 literal G).	0.75	0.75	0	1.50	0.75	1.5	0	2.25	0.75	0.75	0	1.50
11.2	Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	0	0	0	0.00	0.75	0	0	0.75	0.75	0	0	0.75
11.3	Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	0.75	0	0	0.75
11.4	Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	0.75	0	2.25	0.75	0.75	0	1.50
11.5	Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50	0	0	0	0.00
11.6	Realiza auditoría externa para evaluar y seguir el 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y sus receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procedimientos y registros clínicos.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	1.5	0	3.00
11.7	Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.	0	0.75	0	0.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0.75	3.75
11.8	Valida que el comité institucional de trasplantes realiza la evaluación de información antes de remitirla a la regional.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00
11.9	Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.	0	0.75	0.75	1.50	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	0	3.00
11.10	Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.	0.75	0	0	0.75	1.5	0	0	1.50	0.75	0.75	0	1.50
		<b>6.75%</b>	<b>9.38%</b>	<b>1.50%</b>	<b>17.63%</b>	<b>16.88%</b>	<b>14.63%</b>	<b>4.50%</b>	<b>36.01%</b>	<b>15.75%</b>	<b>14.63%</b>	<b>3.00%</b>	<b>33.38%</b>



**ANEXO 7**  
**MATRIZ CONSOLIDADA DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA EXTERNA**  
**A LA COORDINACION REGIONAL 6, 2013-2017**

No Estándar	Descripción	2013-2014				2016				2017			
		ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL	ENFOQUE	PROCESO	RESULTADO	TOTAL
1	Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos). Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red.	1.5	1.5	0	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
2	Las actividades de la RCORDT se realizan según planeación sustentada en un plan de acción documentado.	0.75	0.75	0	1.50	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
3	La RCORDT realiza el comité asesor de la regional.	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	0.75	1.5	3.75
4	La RCORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.	0	0.75	0	0.75	0.75	0.75	0	1.50	0.75	0.75	0	1.50
5	Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF.	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0	3.00
6	Realiza organización de la gestión operativa de la donación.	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	0.75	1.5	3.75
7	Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
8	Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional.	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	0.75	3.75
9	Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el CRUE de la regional.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
10	Expide la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004. ** Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
11	Dispone de auditor médico.	1.13	1.13	No Aplica	2.26	0	1.13	No Aplica	1.13	2.25	1.13	No Aplica	3.38
11	Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25	1.5	0.75	0	2.25
11.1	Verifica que los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e ilustrado según lo contemplado en la Resolución 2640 (Art. 18 literal G).	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0.75	3.00
11.2	Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	1.5	0.75	0	2.25
11.3	Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	0	0	0	0.00	0	0	0	0.00	1.5	0.75	0	2.25
11.4	Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.	0	0.75	0.75	1.50	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	0	3.00
11.5	Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0.75	3.00
11.6	Realiza auditoría externa para evaluar y seguir el 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y sus receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procedimientos y registros clínicos.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
11.7	Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
11.8	Valida que el comité institucional de trasplantes realiza la evaluación de información antes de remitirla a la regional.	0.75	0.75	0.75	2.25	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	0.75	0.75	3.00
11.9	Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.	1.5	0.75	0.75	3.00	1.5	1.5	1.5	4.50	1.5	1.5	1.5	4.50
11.10	Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.	1.5	1.5	0.75	3.75	1.5	0	0	1.50	1.5	0.75	0.75	3.00
		<b>22.88%</b>	<b>20.63%</b>	<b>12.75%</b>	<b>56.26%</b>	<b>27.00%</b>	<b>23.63%</b>	<b>21.00%</b>	<b>71.63%</b>	<b>33.00%</b>	<b>25.13%</b>	<b>18.75%</b>	<b>76.88%</b>

## ANEXO 8

### MATRIZ CONSOLIDADO NACIONAL DEL RESULTADO DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA 2013-2017

No Estándar	AÑO DE AUDITORIA	2013-2014						2016						2017								
		REGIONAL 1	REGIONAL 2	REGIONAL 3	REGIONAL 4	REGIONAL 5	REGIONAL 6	TOTAL	REGIONAL 1	REGIONAL 2	REGIONAL 3	REGIONAL 4	REGIONAL 5	REGIONAL 6	TOTAL	REGIONAL 1	REGIONAL 2	REGIONAL 3	REGIONAL 4	REGIONAL 5	REGIONAL 6	TOTAL
1	Estableció su organización interna y manual de funciones y/o procesos y procedimientos. Es oficial y ha sido socializado a cada uno de los funcionarios y actores de la Red.	2,25	1,50	0,75	2,25	0,00	3,00	36%	4,5	3,75	1,50	2,25	0,75	4,50	64%	3,75	3,00	2,25	1,50	1,50	4,50	61%
2	Las actividades de la RCORDT se realizan según planeación sustentada en un plan de acción documentado.	3,75	2,25	2,25	2,25	0,00	1,50	44%	4,5	3,75	0,75	3,00	0,00	4,50	61%	4,50	2,25	3,00	2,25	0,75	4,50	64%
3	La RCORDT realiza el comité asesor de la regional.	3,00	1,50	1,50	1,50	0,75	4,50	47%	4,5	2,25	0,00	1,50	1,50	4,50	53%	4,50	1,50	2,25	0,75	0,00	3,75	47%
4	La RCORDT lleva registro de las actas, reuniones y actividades debidamente archivado, catalogado y foliado según Archivo General de la República.	2,25	2,25	0,75	2,25	0,00	0,75	31%	4,5	1,50	2,25	2,25	0,00	1,50	44%	3,75	1,50	3,00	3,00	0,00	1,50	47%
5	Asigna los turnos a las IPS habilitadas con programas de trasplante y a los Bancos de Tejidos para que realicen el rescate de componentes anatómicos en las IPS generadoras y el INMLCF.	3,75	3,75	3,00	3,00	0,75	4,50	69%	4,5	4,50	1,50	3,75	1,50	4,50	75%	3,00	3,75	1,50	3,00	1,50	3,00	58%
6	Realiza organización de la gestión operativa de la donación.	1,50	2,25	1,50	2,25	0,75	4,50	47%	2,25	4,50	2,25	3,00	3,00	4,50	72%	3,75	4,50	1,50	3,75	2,25	3,75	72%
7	Tiene control sobre el procedimiento de distribución y asignación de órganos y tejidos.	1,50	0,75	1,50	0,75	0,75	3,75	33%	2,25	3,00	1,50	2,25	0,75	4,50	53%	3,00	2,25	1,50	2,25	1,50	4,50	56%
8	Realiza actividades de promoción, las cuales están coordinadas con el nivel nacional.	3,75	1,50	1,50	2,25	0,00	3,75	47%	4,5	0,75	2,25	0,75	0,75	4,50	50%	4,50	1,50	1,50	1,50	2,25	3,75	56%
9	Garantiza el cumplimiento de funciones de manera ininterrumpida de acuerdo con la normatividad vigente incluyendo la gestión de procesos operativos, preferiblemente en coordinación con el CRUE de la regional.	1,50	3,00	1,50	0,75	0,75	2,25	36%	4,5	4,50	3,00	1,50	0,75	4,50	69%	2,25	4,50	3,75	1,50	1,50	4,50	67%
10	Expide la certificación de la no existencia de receptores en lista de espera nacional de acuerdo a lo establecido en el artículo 40 del decreto 2493 de 2004. ** Dispone de procedimiento para la verificación de trasplante de órganos y/o tejidos a extranjeros no residentes en el territorio nacional	3,00	3,75	2,25	2,25	1,50	3,00	58%	4,5	4,50	2,25	4,50	3,75	4,50	89%	3,75	3,75	0,00	3,00	1,50	4,50	61%
11	Dispone de auditor médico.	4,50	0,00	0,00	4,50	3,38	2,26	54%	0	4,50	0,00	0,00	2,26	1,13	29%	1,13	4,50	4,50	1,13	3,38	3,38	67%
11.1	Tiene establecido un programa de auditoría externa a los actores de la RCORDT de acuerdo a las obligaciones estipuladas en la normatividad, el cual es implementado, evaluado en informes, cuantificados sus resultados y dispone de seguimiento a los planes de mejora a los auditados.	2,25	0,75	1,50	0,00	0,75	2,25	23%	2,25	2,25	2,25	0,75	1,50	2,25	34%	4,25	3,50	1,50	2,25	1,50	2,25	46%
11.1.1	Verifica que los comités y programas de trasplantes institucionales de las IPS trasplantadoras tengan procesos estandarizados que incluyan: normalización de consentimiento informado e Instrado según lo contemplado en la Resolución 2640 (Art. 18 literal G).	2,25	2,25	0,75	0,75	1,50	2,25	36%	2,25	3,75	3,00	2,25	2,25	3,00	61%	3,75	3,00	1,50	3,00	1,50	3,00	58%
11.2	Aplicación de estudios de adherencia a las guías de práctica clínica, manejo interdisciplinario del receptor y el donante vivo y seguimiento en el tiempo de todos los pacientes trasplantados.	3,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00	17%	2,25	0,00	0,00	0,00	0,75	0,00	11%	3,75	2,25	3,00	3,00	0,75	2,25	56%
11.3	Verifica programa de seguridad al paciente de acuerdo a las guías del Ministerio de Salud.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	2,25	1,50	1,50	0,00	0,00	0,00	19%	3,75	2,25	0,75	0,00	0,75	2,25	36%
11.4	Realiza visitas a cada una de las IPS trasplantadoras por lo menos 3 veces al año y bancos de tejidos.	1,50	1,50	1,50	0,75	1,50	1,50	31%	1,5	2,25	3,00	1,50	2,25	2,25	47%	2,25	3,00	2,25	1,50	1,50	3,00	50%
11.5	Las IPS auditadas tienen procesos y procedimientos para verificar la calidad de la atención prestada a los pacientes trasplantados.	2,25	0,00	1,50	0,75	0,75	2,25	28%	1,5	3,00	2,25	1,50	1,50	3,00	47%	3,00	2,25	2,25	1,50	0,00	3,00	44%
11.6	Realiza auditoría externa para evaluar y seguir al 100% de los pacientes ingresados en las IPS para ser donante vivo y sus receptores, con el objeto de constatar la calidad de la atención brindada, verificando procedimientos y registros clínicos.	2,25	1,50	1,50	0,75	1,50	2,25	36%	1,5	1,50	3,75	3,00	3,75	4,50	67%	4,50	1,50	0,75	3,00	3,00	4,50	64%
11.7	Verifica la inscripción cada actor de la Red de donación y trasplantes que tiene la obligación de inscribirse.	2,25	1,50	1,50	2,25	0,75	3,00	42%	4,5	4,50	4,50	4,50	4,50	4,50	100%	4,50	4,50	2,25	3,00	3,75	4,50	83%
11.8	Valida que el comité institucional de trasplantes realice la evaluación de información antes de remitirla a la regional.	3,00	2,25	1,50	0,00	0,00	2,25	33%	1,5	2,25	3,00	0,00	0,00	3,00	36%	3,75	3,00	2,25	2,25	0,00	3,00	53%
11.9	Verifica los trasplantes realizados a extranjeros no residentes en Colombia.	3,00	3,75	2,25	2,25	1,50	3,00	58%	3	4,50	4,50	4,50	3,00	4,50	89%	4,50	2,25	0,00	3,75	3,00	4,50	67%
11.10	Verifica el cumplimiento de los criterios de distribución de órganos y tejidos a nivel regional.	1,50	0,75	1,50	0,75	0,75	3,75	33%	1,5	3,00	2,25	2,25	1,50	1,50	44%	0,75	1,50	1,50	2,25	1,50	3,00	39%
<b>TOTAL</b>		<b>54,00</b>	<b>38,25</b>	<b>30,00</b>	<b>32,25</b>	<b>17,63</b>	<b>56,26</b>	<b>38%</b>	<b>64,50</b>	<b>66,00</b>	<b>47,25</b>	<b>45,00</b>	<b>36,01</b>	<b>71,63</b>	<b>55%</b>	<b>76,63</b>	<b>62,00</b>	<b>42,75</b>	<b>49,13</b>	<b>33,38</b>	<b>76,68</b>	<b>57%</b>



## 11. BIBLIOGRAFIA

- Decreto 2493 de 2004, Diario Oficial de la República de Colombia
- Resolución 2640 de 2005, Diario Oficial de la República de Colombia
- Resolución 2279 de 2008, Diario Oficial de la República de Colombia
- Resolución 2003 de 2014, Diario Oficial de la República de Colombia
- Ley 1805 de 2016, Diario Oficial de la República de Colombia
- Instituto Nacional de Salud. Programa Nacional de Auditoria externa a la Red de Donación y trasplantes, septiembre 2012.
- INS. Informes de acciones de auditorías externas 2013-2017.