Secretaría de Salud
Instituto Materno Infantil del Estado de México
Órgano Interno de Control
Área de Auditoría (Unidades Médicas)

INFORME

Nombre de la Auditoría:	Auditoría al desempeño al Banco de Sangre del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. área ejecutora del proyecto Transfusión Sanguínea, por el periodo del 01 de enero al 31 de octubre de 2024
Número de Auditoría:	094-0009-2024
Tipo de Auditoría:	Auditoría al Desempeño
Ejercicio inspeccionado:	2024
Periodo sujeto a revisión:	Del 01 de enero al 31 de octubre de 2023
Fechas de Inicio:	04/06/2024
Fecha de Término:	13/12/2024
Nombre de la Unidad Inspeccionadora	Órgano Interno de Control en el Instituto Materno Infantil del Estado de México.

I. Antecedentes

1. De la Unidad Inspeccionada

Ante la necesidad de contar en el Estado de México, con Instituciones de atención especializada en materia de salud de tercer nivel, el titular del Ejecutivo instruyó al Órgano del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México y a la Secretaría de Salud del Gobierno Estatal, realizar acciones en forma conjunta para desincorporar en un organismo público descentralizado, los servicios de salud que ofrecía del DIFEM a través del Hospital de Ginecología y Obstetricia, del Hospital para el Niño y Centro de Especialidades Odontológicas.

Así el 21 de noviembre de 2001, el Órgano de Gobierno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado de México, en su sesión octava, autorizó la transferencia del personal médico y administrativo, recurso financieros y bienes muebles de dichas unidades médicas al Instituto Materno Infantil del Estado de México, Así, el 13 de diciembre de 2001, se publicó en la Gaceta del Gobierno, el Código Administrativo del Estado de México, a través del cual se formalizó la creación del Instituto Materno Infantil del estado de México.

El Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México proporciona atención médica a la población Materno Infantil que no cuenta con seguridad social,

canalizando su esfuerzo para otorgar servicios de manera integral y especializada. Promueve el derecho al acceso y protección de la salud durante el embarazo, parto y puerperio, mediante la prestación de servicios de salud de calidad, con trato digno y oportuno para reducir los riesgos de mortalidad materna y perinatal, además de prevenir la discapacidad al nacimiento.

El 25 de junio de 2015, se aprueba la reestructuración orgánica del Hospital, para contar con una Dirección, una Subdirección Médica, con 5 Divisiones: División de Enseñanza e Investigación, División de Ginecología y Obstetricia, División de Neonatología, la División de Apoyo a la Atención y la División de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, esta última conformada por el Servicio de Laboratorio Clínico, el Servicio de Radiología e Imagen, el Servicio de Nutrición, el Servicio Psicología y de Banco de Sangre. Asimismo, cuenta con la Subdirección Administrativa, misma que se conforma por seis Áreas.

El Servicio de Banco de Sangre, tiene como objetivo: Dirigir y supervisar los procedimientos para proporcionar sangre segura y sus hemoderivados para el tratamiento de pacientes hospitalizados en las unidades médicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México, aplicando la normativa vigente.

2. De la Auditoría

Con fundamento en los artículos 14 párrafo primero, 16 párrafos primero y segundo, 108, 109, 113, 126 y 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 78, 129, 130 y 143 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México; 4, 17, 19, 23 fracción XII, 46 y 47 fracciones II, IV y XXXIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de México; 1.6, 1.7, 1.8, 1.9 y 1.10 del Código Administrativo del Estado de México; 4, 9 fracciones III, IX y X y 17 fracciones I, II y III del Reglamento de la Ley para la Coordinación y Control de Organismos Auxiliares del Estado de México; 41, 42, 43 fracciones II, III y XXVII, 44 fracciones II, III, V, VI y XVIII del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría, publicado en el Periódico Oficial Gaceta del Gobierno, el 20 de diciembre de 2023; 22 del Reglamento Interior del Instituto Materno Infantil del Estado de México, última actualización publicada en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" 29 de septiembre de 2022; así como en los Lineamientos Décimo Tercero y Décimo Cuarto del Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales de Auditoría, publicado en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno" el 16 de abril de 2024, así como lo establecido en el Manual General de Organización del IMIEM, publicado en el Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno", el 24 de abril de 2023; y en cumplimiento al Programa Anual de Trabajo del Órgano Interno de Control para el Ejercicio 2024; se emitió el Oficio Nº 208C0301000200S/A/00037/2024, dirigido al Director General del Instituto Materno Infantil del Estado de México, con el que se ordenó el inicio de la Auditoría 094-0009-2024, denominada "Auditoría al desempeño al Banco de Sangre del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México. área ejecutora del proyecto Transfusión Sanguínea, por el periodo del 01 de enero al 31 de octubre de 2024"

II. Objeto

Verificar que el Servicio de Banco de Sangre del Hospital de Ginecología y Obstetricia funcione con apego a la normativa aplicable; así como verificar el cumplimiento de las metas "Captar y certificar unidades de sangre segura" y ."Análisis y procesamiento de Unidades de sangre" del Proyecto Transfusión Sanguínea, y su congruencia con el presupuesto ejercido, y saber la opinión de los usuarios del servicio respecto a la atención proporcionada.

INFORME

III. Alcance

1 Cuestionario para Evaluar el Control Interno
188 Cuestionarios aplicados a igual número de donadores de sangre y componentes sanguíneos
31 Cuestionarios aplicados a usuarios internos (Persona solicitante de unidades de sangre y componentes sanguíneos)
11 Cuestionarios aplicados al prestados del servicio (Personal adscrito al Servicio de Banco de Sangre)
732 Historias Clínicas de Donadores del periodo marzo-abril de 2024
732 Consentimientos Informados del periodo marzo-abril de 2024
18 Expedientes del personal adscrito al Servicio de Banco de Sangre
1 Manual de Procedimientos del Servicio de Banco de Sangre
Registro de actividades del Servicio de Banco de Sangre del periodo marzo-abril de 2024
320 Solicitudes Intrahospitalarias de componentes sanguíneos entregadas al Hospital de Ginecología y Obstetricia, en marzo de 2024
246 Solicitudes de Servicio Transfusional entregadas al Hospital para el Niño, en marzo de 2024
Avance Programático Acumulado Mensual del Proyecto Transfusión Sanguínea del periodo enero-mayo de 2024
Oficio 208C0301000300S/P-021/2024 con el que solicitó la información estadística al Hospital de Ginecología y Obstetricia durante el ejercicio 2024
Reportes por parte del área ejecutora del Proyecto 020302010107 Transfusión Sanguínea del periodo enero-mayo de 2024
Análisis Programático Presupuestal mensual del periodo enero-mayo de 2024

IV. Procedimientos

- Elaborar los documentos de la Planeación de la Auditoría al Desempeño.
- Verificar que el Banco de Sangre cuente con Licencia Sanitaria y con Autorización de Responsable Sanitario.
- Verificar que el Banco de Sangre cuente y se aplique un Sistema de Gestión de Calidad, establecido en un Manual de Calidad, mismo que incluya procedimientos normalizados de operación, guías e instructivos y que cumpla con lo establecido en la normatividad aplicable.
- Verificar que todas las actividades relativas a la disposición de sangre y sus componentes se encuentren registradas, de forma que permitan garantizar la trazabilidad de las unidades.
- Verificar que se cuente con convenios formalizados con otros bancos de sangre o con servicios de transfusión para el intercambio de unidades de sangre y componentes sanguíneos.
- Verificar que el Banco de Sangre cuente con equipos, instrumentos, reactivos, materiales y los insumos necesarios para el desarrollo de las funciones que lleva a cabo.
- Verificar que el Banco de Sangre cuente con personal suficiente, calificado y formado para el desempeño de sus actividades.
- Verificar que en los expedientes del personal adscrito al Banco de Sangre cuente con documentación que soporte su capacitación y actualización en materia de disposición de sangre y componentes sanguíneos; así como de la designación de funciones y estas se encuentren bien definidas.
- Verificar que se encuentren establecidos procedimientos que aseguren la protección de la información confidencial.

- Verificar que se tengan establecidos procedimientos organizados de Hemovigilancia que permitan la obtención y captura de datos sobre las reacciones o eventos adversos en los donantes o en los receptores; así como se cuente con una persona responsable de gestionar los procesos de Hemovigilancia que detecte, registre, analice la información y notifique los incidentes, reacciones o efectos adversos e inesperados de la donación o de la transfusión al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.
- Verificar que todo disponente de sangre y sus componentes; así como los receptores, hayan firmado la Carta de Consentimiento Informado y esté elaborada conforme a la normatividad aplicable.
- Verificar que al donante de sangre y de componentes sanguíneos se les brinde la información establecida en la normatividad aplicable.
- Verificar que al donante de sangre o componentes sanguíneos, se le notifiquen los resultados de los análisis de laboratorio que indican que la donación no es apta; en su caso en un lapso no mayor a ocho días hábiles contados a partir de obtener un resultado confirmado y con un mínimo de tres intentos de localización y conforme al procedimiento establecido en la normatividad.
- Verificar que a los donantes de sangre y componentes sanguíneos se les proporcione un refrigerio, en su caso, complementos vitamínicos y minerales.
- Verificar que el Banco de Sangre cuente con lo siguiente: Material educativo e informativo; Procedimientos normalizados de operación para la evaluación de donantes; Formatos de Historia Clínica, y una lista de fármacos de uso común, con sus correspondientes periodos de diferimiento; asimismo, que se encuentren en todo momento accesibles al personal de salud que participa en el proceso.
- Verificar que el donante cuente con Evaluación Clínica, Evaluación de laboratorio y en su caso Autoexclusión.
- Verificar que la extracción de unidades de sangre se efectúe con apego a la normatividad aplicable
- Verificar el correcto procesamiento, conservación, vigencia y control de calidad de las unidades de sangre y componentes sanguíneos.
- Verificar la correcta solicitud de transfusión, suministro y recepción, traslado y readmisión de unidades de sangre y componentes sanguíneos.
- Elaboración de las Matrices de datos obtenidos. Análisis de los resultados de los datos obtenidos.
- Verificar el cumplimiento de las metas programadas "Captar y certificar unidades de sangre segura" y Análisis y procesamiento de unidades de sangre" del Proyecto Transfusión Sanguínea, y en su caso, verificar las justificaciones presentadas.
- Verificar la congruencia entre el presupuesto ejercido y el cumplimiento de las metas programadas.
- Verificar que se cuente con soporte documental del avance de las metas programadas.

V. Limitaciones

No se tuvieron limitaciones durante el desarrollo de la Auditoría.

Secretaría de Salud
Instituto Materno Infantil del Estado de México
Órgano Interno de Control
Área de Auditoría (Unidades Médicas)

INFORME

VI. Resultados

1. Del Estudio y Evaluación del Control Interno

Se determina que de la ejecución de la auditoría dio como resultado observaciones sobre el Control Interno e Implementación de Acciones de Mejora, se efectuó considerando los puntos y alcances señalados en el Programa de Trabajo respectivo.

2. Observaciones

2.2 De Control Interno

Observación 1

FALTA DE LICENCIA SANITARIA Y AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE SANITARIO

De las respuestas a Cédula de Solicitud de Información A04-1 se observó que el Servicio de Banco de Sangre, no cuenta con Licencia Sanitaria, ni con Autorización de Responsable Sanitario.
Identificando que al 23 de agosto de 2024 la Subdirección de Normatividad Sanitaria de la Dirección de Regulación Sanitaria, comunicó a la Dirección del Hospital de Ginecología y Obstetricia que se tienen requerimientos pendientes para la obtención de la Licencia Sanitaria.
Posteriormente, el 12 de noviembre el Director del Hospital de Ginecología y Obstetricia remitió la información requerida a la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud.

Acciones de mejora convenidas:

Con la finalidad de que el Servicio de Banco de Sangre cuente con Licencia Sanitaria, misma que certifica el cumplimiento de los máximos estándares de seguridad e higiene y operación sanitaria; así como, evitar una sanción pecuniaria o hasta la clausura del Servicio, la Subdirectora Médica en coordinación con el Jefe del Servicio de Banco de Sangre, realizarán un análisis y verificarán que se cuente con toda la documentación establecida en la normativa vigente y aplicable a ese Servicio; así como, para la obtención de la Autorización de Responsable Sanitario.

Remitiendo a este Órgano Interno de Control la evidencia documental que soporte las acciones realizadas, siendo:
Análisis realizado sobre la documentación establecida en la normativa vigente y aplicable al Servicio de Banco de Sangre, verificando que se cuente con la misma y, en su caso, las acciones a realizar para contar con la documentación faltante, para la obtención de la Licencia Referida; así como para la Autorización de Responsable Sanitario.

Responsables de las acciones:

M.C.E.P. y N. Lidia Estela García Sosa, Subdirectora Médica del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
M.C.E.H.D. por L. Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez, Jefe del Servicio de Banco de Sangre del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM

Fecha de implementación:

28/03/2025

Secretaría de Salud
Instituto Materno Infantil del Estado de México
Órgano Interno de Control
Área de Auditoría (Unidades Médicas)

INFORME

Observación 2
EXPLORACIÓN FÍSICA INCOMPLETA A DONADORES

De la entrevista realizada a 188 donadores de sangre y componentes sanguíneos, atendidos en el Servicio de Banco de Sangre, en el periodo del 10 de julio al 29 de octubre de 2024, el 100% manifestó que no se les realizó exploración física de cavidad bucal, faringe, tórax y abdomen; asimismo, al 99% (187) no le revisaron sus extremidades superiores; al 97% (182) no se le midió su frecuencia respiratoria; al 96% (181) no se le midió su temperatura; al 95% (179) no se le midió su frecuencia cardiaca; y al 90% (170) no se le midió su presión arterial.

De las respuestas a Cédula de Solicitud de Información A04-1 se observó que el Servicio de Banco de Sangre, no cuenta con Licencia Sanitaria, ni con Autorización de Responsable Sanitario.
Identificando que al 23 de agosto de 2024 la Subdirección de Normatividad Sanitaria de la Dirección de Regulación Sanitaria, comunicó a la Dirección del Hospital de Ginecología y Obstetricia que se tienen requerimientos pendientes para la obtención de la Licencia Sanitaria.
Posteriormente, el 12 de noviembre el Director del Hospital de Ginecología y Obstetricia remitió la información requerida a la Subdirección Ejecutiva de Autorizaciones en Servicios de Salud.

Acciones de mejora convenidas:
Con la finalidad de tener una seguridad razonable sobre las condiciones de salud que los donadores de sangre y componentes sanguíneos, es conveniente que la Subdirectora Médica del Hospital de Ginecología y Obstetricia, instruya por escrito al Jefe del Servicio de Banco de Sangre a efecto de que realice una mayor supervisión a las actividades del personal médico asignado al Servicio de Banco de Sangre, con la finalidad de corroborar que se practica una adecuada exploración física a los candidatos a donar sangre y componentes sanguíneos. Así como verificar que dicho personal cuenta con el equipo necesario para realizar una adecuada exploración física a los usuarios referidos.
En su caso, solicite a su Jefe inmediato gestione ante las autoridades respectivas, el equipamiento necesario para que se realice una adecuada exploración física a los candidatos a donar sangre y componentes sanguíneos.

Remitiendo a este Órgano Interno de Control la evidencia documental de las acciones realizadas, siendo:

1. Acuse de recibido del oficio con el que se instruya al Jefe del Servicio de Banco de Sangre a efecto de que lleve a cabo las acciones referidas.
2. Evidencia documental de la supervisión a las actividades del personal médico asignado al Servicio de Banco de Sangre, con la finalidad de corroborar que se practica una adecuada exploración física a los candidatos a donar sangre y componentes sanguíneos.
3. Informe sobre la existencia o no, del equipo necesario para que el médico asignado al Servicio de Banco de Sangre, practique una adecuada exploración física a los candidatos a donar sangre y componentes sanguíneos.
4. En su caso, la solicitud al Jefe de División de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, gestione ante las autoridades respectivas, el equipamiento necesario para que se realice una adecuada exploración física a los candidatos a donar sangre y componentes sanguíneos

Secretaría de Salud
Instituto Materno Infantil del Estado de México
Órgano Interno de Control
Área de Auditoría (Unidades Médicas)

INFORME

Responsables de las acciones:
M.C.E.P. y N. Lidia Estela García Sosa, Subdirectora Médica del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
M.C.E.H.D. por L. Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez, Jefe del Servicio de Banco de Sangre del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM

Fecha de implementación:
28/02/2025

Observación 3
FALTA DE PERSONAL EN EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

1. Derivado de las respuestas obtenidas en el Cuestionario para Evaluar el Control Interno del Servicio de Banco de Sangre se observó que no se cuenta con personal suficiente para el adecuado funcionamiento del Servicio de Banco de Sangre.
2. De las respuestas a la pregunta número 11 del cuestionario aplicado al personal adscrito al Servicio de Banco de Sangre, el 100% manifestó que el personal con que cuenta el Servicio auditado no es suficiente. Entre los comentarios vertidos se encuentran:
   2.1 El Banco de Sangre atiende a 2 hospitales, y en el caso del Hospital para el Niño, el Servicio de Hemato-Oncología requiere con frecuencia un número importante de unidades de sangre y componentes sanguíneos, y al no contar con personal suficiente, el margen de error aumenta.
   2.2 Las actividades que debe realizar en el Banco de Sangre, para que los pacientes cuenten con las unidades de componentes sanguíneos, de los 2 hospitales son muchas para una sola persona, que con frecuencia se queda en los turnos vespertino, nocturno, fines de semana y días festivos, porque los compañeros salen de vacaciones, se incapacitan o faltan, aumentando la posibilidad de cometer errores

Acciones de mejora convenidas:
Con la finalidad de que el Servicio de Banco de Sangre esté en posibilidad de cumplir con requisitos, en materia de recursos humanos, para la obtención de la Licencia Sanitaria, se realizará lo siguiente:

1. La Subdirectora Médica en coordinación con el Jefe de División de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y el Jefe del Servicio de Banco de Sangre, realicen un análisis respecto a las necesidades de recursos humanos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa aplicable al Servicio de Banco de Sangre.
2. La Subdirectora Médica presentará a través de oficio dirigido al Director del Hospital de Ginecología y Obstetricia, el análisis realizado, a efecto de que le solicite realicen las gestiones necesarias ante la Dirección de Administración y Finanzas del IMIEM, con la finalidad de que el Servicio de Banco de Sangre cuente con el personal necesario para su mejor desempeño.

Remitiendo a este Órgano Interno de Control la documentación soporte de las acciones realizadas, siendo:

1. El análisis respecto a las necesidades de recursos humanos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa aplicable al Servicio de Banco de Sangre.
2. El acuse de recibido del oficio mediante el cual se presente al Director del Hospital de Ginecología y Obstetricia, el análisis realizado, y la solicitud para que realice las gestiones

necesarias ante la Dirección de Administración y Finanzas del IMIEM, con la finalidad de que el Servicio de Banco de Sangre cuente con el personal necesario para su mejor desempeño.

3. Evidencia de las gestiones realizadas ante la Dirección de Administración y Finanzas del IMIEM, con la finalidad de que el Servicio de Banco de Sangre cuente con el personal necesario para su mejor desempeño

Responsables de las acciones:

M.C.E.P. y N. Lidia Estela García Sosa, Subdirectora Médica del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.

M.C. Sergio Alcántara Gómez, Jefe de División de Servicios de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital de Ginecología y Obstetricia.

M.C.E.H.D. por L. Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez, Jefe del Servicio de Banco de Sangre del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM

Fecha de implementación:

28/02/2025

Observación 4

DEFICIENCIAS EN EL TRASLADO DE UNIDADES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUÍNEOS

Al entrevistar al personal médico y de enfermería (15 del Hospital de Ginecología y Obstetricia y 16 del Hospital para el Niño) solicitantes de unidades de sangre y componentes sanguíneos para el tratamiento de los pacientes, respecto al traslado de ese tejido desde el Servicio de Banco de Sangre hasta el Servicio solicitante, se observó lo siguiente:

1. El 16% (5) manifestó que no se da al personal transportista instrucciones necesarias para el traslado adecuado.
2. 29% (9) refirió que los contenedores o cajas no son de material plástico.
3. 26% (8) considera que las cajas o contenedores no son herméticas, termoaislantes, ni lavables.
4. El 26% (8) considera que los contenedores o cajas no aseguran la temperatura interior se mantenga a los grados adecuados, de acuerdo al componente que se pretende transportar.
5. El 16% (5) manifestó que la capacidad de las cajas para mantener el rango de temperatura interior no es acorde al tiempo de traslado de las unidades de sangre y componentes sanguíneos.
6. El 13% (4) refirió que las unidades de sangre y componentes sanguíneos, no se colocan en las cajas o contenedores de traslado de forma tal que se minimicen daños por movimientos violentos o por el contacto directo con los refrigerantes.
7. El 52% (16) consideró que no se emplean dispositivos que permitan verificar la trazabilidad de la temperatura de conservación durante el traslado para asegurar la conservación optima.

Acciones de mejora convenidas:

Es necesario que la Subdirectora Médica en coordinación con el Jefe de División de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y tratamiento y el Jefe del Servicio de Banco de Sangre, realice las gestiones necesarias a efecto de que:

1. Se difunda a través de circular u oficio personalizado, entre el personal designado para el transporte de las unidades de sangre y componentes sanguíneos:

INFORME

1.1 Las instrucciones necesarias para su adecuado transporte.
1.2 El adecuado acomodo a efecto de minimizar daños por movimientos violentos o por el contacto directo con los refrigerantes.
2. Se cuente con contenedores o cajas para el traslado de unidades de sangre y componentes sanguíneos, con las características establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2012 y sus modificaciones publicadas en el mismo medio.
3. Se implementen dispositivos que permitan verificar la trazabilidad de la temperatura de conservación durante el traslado para asegurar la conservación optima.

Remitiendo a este Órgano Interno de Control la evidencia documental que soporte las acciones realizadas, siendo:

1 El acuse de recibido del documento mediante el cual se difundió entre el personal designado para el transporte de las unidades de sangre y componentes sanguíneos:
1.1 Las instrucciones necesarias para su adecuado transporte.
1.2 El adecuado acomodo a efecto de minimizar daños por movimientos violentos o por el contacto directo con los refrigerantes.
2 Las gestiones realizadas a efecto de que se cuente con contenedores o cajas para el traslado de unidades de sangre y componentes sanguíneos, con las características establecidas en la Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2012 y sus modificaciones publicadas en el mismo medio.
3 Evidencia de la implementación de dispositivos que permitan verificar la trazabilidad de la temperatura de conservación durante el traslado para asegurar la conservación optima.

Responsables de las acciones:

M.C.E.P. y N. Lidia Estela García Sosa, Subdirectora Médica del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM.
M.C. Sergio Alcántara Gómez, Jefe de División de Servicios de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital de Ginecología y Obstetricia.
M.C.E.H.D. por L. Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez, Jefe del Servicio de Banco de Sangre del Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM

Fecha de implementación:

28/02/2025

VII. Conclusión:

Derivado de la presente auditoría, se concluye que existen factores que afectan el adecuado Control Interno, como son: La falta de Licencia Sanitaria y Autorización de Responsable Sanitario; Exploración física incompleta a donadores; Falta de personal en el Servicio de Banco de Sangre y Deficiencias en el traslado de unidades de sangre y componentes sanguíneos.

La Auditoría se realizó con base en la documentación e información proporcionada por la unidad auditada, quien es responsable de su autenticidad y veracidad. Fue planeada y desarrollada de acuerdo con el objetivo y alcance establecidos, se aplicaron los procedimientos de Auditoría que se consideraron pertinentes, así como las pruebas selectivas que se estimaron necesarias, que

INFORME

permitieron obtener una seguridad razonable del cumplimiento de la normativa aplicable en relacionada con el Servicio de Banco de Sangre.

Elaboró

Lic. Enf. Sandra Patricia Gómez Hernández
Auditora

Lic. en A. Edwin Domínguez Díaz
Auditor

Revisó

M.C. Ma. Leonor Patricia Garduño Moreno
Titular del Área de Auditoria
(Unidades Médicas)

Autorizó

Lic. En D. Juan Manuel Santín Arredondo
Titular del Órgano Interno de Control
en el IMIEM