

## INDICE DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

a)	Minuta con el Análisis de las atenciones en el Consultorio MARURI, entre 2011 y 2013
b)	Resolución Exenta C.G.R. N° 4.891 de 4 de diciembre de 2017 que propone destitución de 2 funcionarios y demás oficios relativos a dicho proceso sumarial.
c1) c2)	Oficios de la C.E.I. de la Cámara de Diputados N° 20 y 21, de 19 de enero de 2018.
c3)	Oficio MINSAL N° 1.022, de 2 de marzo de 2018
d1)	Oficio Reserv. del Jefe Dpto. Auditoría del SS O'Higgins N° 8, de 20 de enero de 2017
d2)	Informe de Auditoría N° 78, de 5 de diciembre de 2017.



JLE/GSR 09-02-2018

## MINUTA DE ANALISIS DE INFORMACION DE CASOS ATENCIONES MARURI EJECUTADAS ENTRE LOS AÑOS 2011-2013

### SERVICIO SALUD METROPOLITANO NORTE

Santiago 22 de febrero de 2018

**MATERIA:** Revisión de registros proporcionados por el SSMN correspondiente a 98.129 prestaciones y egresos administrativos realizados entre los años 2011 y 2013 a través de Policlínico Maruri. El objetivo es determinar el seguimiento realizado a los pacientes durante el período 2014-2017 y la existencia de personas fallecidas de aquellas egresadas administrativamente por "contacto no corresponde" o atendidas por médicos NO especialistas a través del policlínico y/o en Operativos en terreno.

Cabe señalar que el universo de atenciones usado como base de análisis fue considerado según lo entregado por el SSMN como único registro de pacientes que fueron atendidos bajo este proyecto y sobre los cuales se realizaron acciones de coordinación de la red, indicaciones para acceso de atención y de actualización de registros. El análisis MINSAL que a continuación se presenta evidencia los resultados del trabajo realizado por el SSMN.

Para el análisis descrito a continuación se incluyó la validación del RUN versus los datos disponibles en Registro Civil de Identificación, y la identificación de las atenciones recibidas en la red de atenciones de especialidad, egresos hospitalarios, activación de garantías de oportunidad GES y nuevas derivaciones a otros especialistas para cada una de las personas de la nómina, además del hallazgo de personas fallecidas sin atención.

#### Fuentes de información utilizadas para los cruces de datos:

- 1) Fuentes de Información proporcionados por el servicio de salud Metropolitano Norte:
  - Base de Datos con 98.129 registros correspondientes a 15.802 registros de egresos administrativos por causal 11, Contacto no Corresponde y 82.327 registros de egresos por atención otorgada mediante proyecto Maruri.
  - Base de Datos de atenciones agendadas en el Sistema de Agendamiento del Hospital San José (ANITA) del periodo 2011-2017.
- 2) Fuentes de Información proporcionados por la División GS TIC Ministerial:
  - Base de datos de atenciones reportadas desde los Registros Clínicos Electrónicos de los 29 servicios de salud en el marco del Compromiso de Gestión N.º 19 del año 2016 y 2017.
  - Base de datos de Personas, contiene la validación de identidad y fecha de fallecimiento con el Registro Civil de Identificación actualizada a la emisión de la presente minuta.
  - Base de datos Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) de Ingresos y egresos de pacientes en lista de espera No GES periodo junio 2011- enero 2018.
- 3) Fuentes de Información proporcionados por el Departamento de Estadísticas en Salud:
  - Base de datos de Egresos Hospitalarios recopilada a enero 2018.
  - Base de datos de Hechos Vitales recopilada a enero 2018 contiene fecha de fallecimiento y causa de

- muerte codificada por DEIS<sup>1</sup>
- 4) Fuentes de Información proporcionados por DIGERA
    - Base de datos de Garantías de Oportunidad correspondientes a enero a diciembre 2017.
  - 5) Fuentes de Información proporcionados por FONASA
    - Base de datos de Inscripción Per cápita a enero 2018.

Análisis realizado en conjunto con Departamento de Auditoría, la División Sectorial de Tecnología ministerial y DIGERA

El análisis realizado considera los siguientes ámbitos:

1. Validación de la Base de Datos de 98.129 egresos realizados entre los años 2011 y 2013 a través de Policlínico Maruri.
2. Seguimiento a los pacientes atendidos en MARURI entre los años 2011-2013
3. Identificación de pacientes Fallecidos sin atención post egreso en Policlínico MARURI
4. Identificación de ubicabilidad de las 7.678 personas atendidas en Policlínico Maruri y actualmente se encuentran vivas.

Se define como llave principal del análisis y como registro válido todo registro que considere un RUN válido y Especialidad válida.

Validación de la Base de Datos de 98.129 egresos realizados entre los años 2011 y 2013 a través de Policlínico Maruri

Dado que la base de datos de atenciones realizadas bajo el Policlínico Maruri fue construida de recopilaciones de múltiples fuentes tanto en formato papel como digitalizadas, considerando lo anterior, se procedió a validar campos básicos asociados a identificación como el RUN y la especialidad que aparecía en ellas registrada. Durante el mismo procedimiento se determinaron cuántas personas estaban asociadas a la nómina dada la existencia de RUN que presentaban más de una atención.

1	<p>El primer análisis realizado ha sido para identificar y luego descartar registros inválidos dentro de la base de 98.129 registros, el criterio utilizado ha incluido el RUN válido y la especialidad válida, de ese proceso el resultado es el siguiente:</p> <p>Descarte de registros RUT Inválidos: 2837            Descarte de registros SIN ESPECIALIDAD: 6</p> <p>Resultado N°1 Registros Descartados: <b>2.843</b>            Resultado N°2 Registros válidos para análisis: <b>95.286</b> (79484 atenciones y 15802 Causal 11)</p> <p>Identificación de personas únicas en la nómina de 95.286 registros válidos.</p>
2	<p>De los 95.286 registros válidos se realiza la identificación de personas únicas existentes en la nómina.</p> <p>Resultado N°3 Personas Únicas del universo: <b>34.127</b></p>
3	<p>Con el fin de generar una base para cruce con el repositorio nacional de listas de espera, RNLE, se agruparon los registros de la nómina según RUN paciente y Especialidad por la cual aparece en el registro con la premisa que se trataba de la razón de espera de la persona. Lo anterior,</p>

<sup>1</sup> La base de personas se actualiza por RC e Id en línea por lo que se utiliza como fuente para determinar validez RUN y fecha de fallecimiento y la base de hechos vitales incorpora la causa de muerte, poseen diferente temporalidad.

	<p>simulando los datos básicos de una interconsulta para el cruce con el repositorio.</p> <p>Resultado N°4: De los 95.286 registros es factible agrupar en <b>39.653 registros</b> con llave RUT-ESPECIALIDAD válida para cruce con RNLE.</p>
4	<p>Una vez obtenido los 39.653 registros agrupados por RUN especialidad se procedió a cruzar esa data con el RNLE para determinar si se encontraban Ingresados por el Servicio de Salud Metropolitano Norte en el repositorio dentro del periodo 2011-2018 con cierre al 19/01/2018.</p> <p>Resultado N°5: Se identifican <b>35.060 interconsultas</b> que están publicadas en RNLE y <b>4.593 llave RUN Especialidad</b> no publicadas (equivalente a 4.322 personas).</p>
5	<p>Considerando que el proceso de atención de un paciente en lista de espera inicia con el Ingreso a la lista y finaliza con el egreso de esta, se aplicó filtro de fecha de Ingreso a la base de <b>35.060 interconsultas</b> resultante del cruce anterior para identificar aquellas que se Ingresaron previa atención en policlínico Maruri o su egreso por CAUSAL 11.</p> <p>Resultado N°6: <b>34.327</b> interconsultas se encontraban Ingresadas antes de la atención MARURI o su egreso por CAUSAL 11.</p> <p>Resultado N°7: <b>733</b> interconsultas aparecen ingresadas con fecha posterior.</p>
6	<p>Posteriormente se debía evaluar si estos casos se encontraban resueltos al 10/03/2014, para ello se revisó la base de 35.060 interconsultas por fecha y causal de egreso.</p> <p>Resultado N°8: <b>8.732</b> interconsultas pendientes de resolver al 10/03/2014 y <b>26.328</b> interconsultas egresadas. De las egresadas, <b>9.439</b> fueron egresadas por una causal clínica: GES, atención realizada, procedimiento informado, pérdida de indicación quirúrgica, (35,85%) y <b>16.889</b> egresadas por una causal administrativa. (64%)</p>
7	<p>Todos los casos pendientes de resolver publicados o los no publicados se consolidaron en 14.058 interconsultas (correspondientes a las <b>8.732</b> interconsultas pendientes de resolver al 10/03/2014, las <b>733</b> interconsultas aparecen Ingresadas con fecha posterior y las 4.593 interconsultas no publicadas en el RNLE) y fueron cruzados con una base construida con las atenciones de la red declaradas a través del trabajo del COMGES 19 en los años 2016 y 2017 para los 29 servicios de salud, GES, Egresos hospitalarios al 2017 y agendamientos del Hospital San José 2011-2017 más la base de datos de personas.</p> <p>Resultado N°9: Del cruce se logran identificar <b>991 personas fallecidas</b> de las cuales <b>38</b> registraban atenciones en la red al 10/03/2014. Para <b>953</b> personas de las fallecidas no fue posible identificar atenciones en los cruces realizados. Cabe hacer presente que <b>83</b> personas se encontraban fallecidas antes del funcionamiento del policlínico Maruri en agosto 2011.</p>
8	<p>Considerando las conclusiones obtenidas de la actividad N°7 anterior, las personas que serían seguidas en el periodo 2014-2017 se desprenden al restar de las <b>34.127</b> RUN Únicos del inicio del análisis las <b>991</b> personas fallecidas identificándose <b>33.136</b> personas.</p> <p><b>34.127</b> personas RUN únicos -<b>991</b> RUN fallecidos al 10/03/2014=<b>33.136</b></p>

**Seguimiento periodo Marzo 2014- Marzo 2018 a los pacientes atendidos en Policlínico MARURI**

1	<p>Del seguimiento de las <b>33.136</b> personas respecto al resultado de la recuperación de pacientes que se dio en el Servicio de Salud Metropolitano Norte a partir del 11/03/2014 en adelante, se procedió a cruzar estos RUN con el RNLE bajo el criterio de la existencia de interconsultas a especialista publicadas en el periodo 2014-2018. Obteniéndose los siguientes resultados:</p>
---	--

	<p>Resultado N°1: de las 33.136 personas fue posible identificar la emisión de 41.173 interconsultas que fueron generadas y publicadas a partir del 11/03/2014 y correspondían a 17.594 personas. 15.542 personas no aparecen con ninguna interconsulta ingresada al RNLE.</p>
2	<p>Para evaluar si estos casos están resueltos a la fecha, se revisó la base de 41.173 interconsultas por fecha y causal de egreso obteniéndose lo siguiente:</p> <p>Resultado N°2: Son 13.179 las interconsultas que se encuentran en espera de atención correspondientes a 9.525 personas. Cabe destacar que existen 6.011 personas comunes a ambos universos, es decir que a pesar de encontrarse en espera poseen a lo menos un egreso. Entonces son 3514 las personas que se encuentran en espera sin evidencia de otro tipo de egreso.</p> <p>Resultado N°3: Son 27.994 las interconsultas que se encuentran egresadas de este universo de las cuales 24.869 (88,83%) están egresadas por causal clínica, evidenciando una distribución muy distinta a la obtenida en el período 2010-2014; cabe agregar que a las causales existentes desde el año 2011, a partir del año 2015 se incorporan normativamente la causal por telemedicina, resolutivez y cambio de condición clínica; 3.125 por causal administrativa (11,16%). De estas últimas 802 se encuentran egresadas por causal 9 correspondiente a fallecidos (569 personas).</p>
3	<p>Con el fin de determinar si los casos pendientes de resolver en lista publicada o los no publicados habían contado con alguna otra atención en la red antes del 19/01/2018, se consolidaron esos universos en 25.636 personas (correspondientes a 15.542 personas no publicadas en el RNLE, los 9.525 personas en espera de atención y 569 personas egresadas como causal 9)</p> <p>El cruce se realizó con una base de atenciones de la red declaradas a través del trabajo del COMGES 19 en los años 2016 y 2017, GES, Egresos hospitalarios al 2017 y agendamientos del Hospital San José 2011-2017. Se incluyó en el cruce la base de datos de personas.</p> <p>Luego se realizaron cruces con Base de datos de vacunas, de notificación obligatoria de enfermedades (ENO) VIH, FOFAR (entrega fármacos para pacientes crónicos)</p> <p>Resultado N°9: Del cruce se logran identificar 17.677 personas atendidas en la red, 7.952 no atendidas, de las cuales 7.678 se encuentran vivas y 59 fallecidas no atendidas.</p>

**Identificación de ubicabilidad durante el período 2014-2018 de las 7.678 personas atendidas en policlínico Maruri y que se encuentran vivas actualmente**

N° de caso	Observaciones
1	<p>De las 7.678 personas para los cuales no se cuenta con registro en MINSAL de atenciones realizadas se procedió a cruzar con la base de inscritos per cápita Fonasa para identificar última comuna de inscripción APS con el fin de solicitar a los Servicios de Salud que correspondan el contacto con el paciente e iniciar proceso de atención cuando corresponda.</p> <p>Resultado N°1: 6.845 personas se encuentran inscritas en APS a enero 2018 y 833 no se encuentran inscritas. Al revisar la distribución geográfica de la inscripción se identifican personas en las 15 regiones del país siendo el 85% de la región metropolitana.</p> <p>Resultado N°2: Al filtrar sólo dentro de la metropolitana, son 10 las comunas que concentran el 80% del universo de estas personas inscritas, principalmente en el SSMN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quilicura: 1.480 personas</li> <li>• Colina: 1.103 personas</li> <li>• Lampa: 741 personas</li> <li>• Huechuraba: 693 personas</li> </ul>

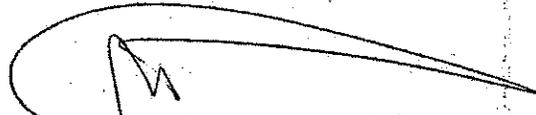
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independencia: 628 personas</li> <li>• Recoleta: 612 personas</li> <li>• Conchalí: 570 personas.</li> <li>• Til Til: 260 personas</li> <li>• Santiago: 57 personas</li> <li>• Renca: 39 personas</li> </ul>	
--	--	--

**Conclusiones:**

- De los 98.129 registros entregados por el SSMN se identificaron 34.127 personas únicas que descontando los fallecidos al 10/03/2014 (991 personas) consideraron 33.136 personas para ser seguidas en el periodo marzo 2014-marzo 2018.
- De las 33.136 personas a ser seguidas en el período marzo 2014- marzo 2018, 17.594 personas han sido identificadas en un nuevo proceso de atención en la red a través de la existencia de 41.173 interconsultas para una consulta de especialidad generada y publicadas a partir del 11/03/2014. En complemento, 16.542 personas que si bien no cuentan con nuevas interconsultas ingresadas al RNLE si poseen atenciones en la red, salvo 7.678 personas.
- De las 41.173 interconsultas publicadas, 27.994 se encuentran egresadas de las cuales 24.869, es decir el 88,83% están egresadas por causal clínica y el 11,16%, es decir, 3.125 egresos por causal administrativa.
- Para las 7.678 personas para los cuales no se cuenta con registro en MINSAL de atenciones en la red se ha definido instrucción de MINSAL asociada a generar el contacto a la brevedad con cada uno de ellos e iniciar proceso de atención según corresponda.

**Acciones tomadas:**

- Se oficia a los Servicios de Salud que poseen actualmente personas del universo pendiente de ubicar según inscripción per cápita para solicitar la contactabilidad e iniciar el proceso de atención en los casos que corresponda. (paciente puede aceptar o rechazar la atención).
- Se instala proceso de seguimiento de los 7678 casos en DIGERA.
- Se solicita al FONASA datos de aseguradora para las 866 personas sin inscripción per cápita.
- Se oficia al SSMN para que realice seguimiento con ficha clínica de los casos fallecidos sin registro en MINSAL de atenciones realizadas en la red.



**Alejandra Cordero Rojas**  
**Jefe Departamento de Estudios,**  
**Innovación e Información para la Gestión**



VALPARAÍSO, 19 de enero de 2018  
OFICIO N°20

La COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA, MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTA DE ESPERA (RNLE), DURANTE LOS AÑOS 2011, 2012 Y 2013, ASÍ COMO LA ACTUACIÓN DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN CON DEFICIENCIAS EN LAS PRESTACIONES GES Y NO GES, SU PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, LOS RETRASOS EN LAS PRESTACIONES Y LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA, DESDE EL AÑO 2014 A LA FECHA - CEI-50, en sesión celebrada el día miércoles 17 de abril pasado, acordó dirigir oficio a US., con el propósito que se sirva remitir el listado con el RUT de las personas registradas como fallecidos a la fecha, del universo de quienes figuran con "Egreso administrativo contacto no corresponde" o registren consultas en Policlínico Maruri y/u operativos en terreno por médicos no especialistas, todo ello en atención a lo expuesto por el señor Alfonso Jorquera, Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte en su exposición de 17 de enero ante la Comisión.

Lo que tengo a honra comunicar a Ud. en virtud del referido acuerdo, y por orden del Presidente de la Comisión, Diputado señor Juan Luis Castro González.

Dios guarde a US.,

  
MARÍA SOLEDAD FREDES RUIZ  
Abogada Secretaria (Acc.) de la Comisión

A LA SEÑORA CARMEN CASTILLO TAUCHER, MINISTRA DE SALUD.-  
Fono: (2)-2574 0412 - 2574 0413 - 2574 0414 (Sandra Vélez)  
Email: sveltez@minsal.cl; enrique.accorsi@minsal.cl; claudio.castillo@minsal.cl



VALPARAÍSO, 19 de enero de 2018  
OFICIO N°21

La COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA, MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTA DE ESPERA (RNLE), DURANTE LOS AÑOS 2011, 2012 Y 2013, ASÍ COMO LA ACTUACIÓN DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN CON DEFICIENCIAS EN LAS PRESTACIONES GES Y NO GES, SU PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, LOS RETRASOS EN LAS PRESTACIONES Y LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA, DESDE EL AÑO 2014 A LA FECHA - CEI-50, en sesión celebrada el día miércoles 17 de abril pasado, acordó dirigir oficio a US., con el propósito de solicitar respecto del Policlínico Maruri lo siguiente:

1.- Resolución Exenta que lo aprobó o creó, y todas las resoluciones emanadas del Ministerio de Salud respecto de éste.

2.- Listado de todos los pacientes atendidos allí e información respecto del seguimiento de ellos.

3.- Cuáles fueron los recursos adicionales con los que se contó para enfrentar la crisis.

Lo que tengo a honra comunicar a Ud. en virtud del referido acuerdo, y por orden del Presidente de la Comisión, Diputado señor Juan Luis Castro González.

Dios guarde a US.,

  
MARÍA SOLEDAD FREDES RUIZ  
Abogada Secretaria (Acc.) de la Comisión

A LA SEÑORA CARMEN CASTILLO TAUCHER, MINISTRA DE SALUD.-  
Fono: (2)-2574 0412 - 2574 0413 - 2574 0414 (Sandra Velez)  
Email: svelez@minsal.cl;enrique.acorsi@minsal.cl; claudio.castillo@minsal.cl



DIVISION DE GESTION DE LA RED ASISTENCIAL  
Depto. Estudios, Innovación e Información para la Gestión  
JVC / PNM / AGR / jvp



1

RESERVADO C2/Nº

ANT.:

MAT.: Pacientes fallecidos en LE

SANTIAGO, 27 FEB 2018

DE : SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
A : DIRECTOR SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

Por medio del presente y en virtud de los resultados obtenidos luego del análisis de la información entregada por su Servicio de Salud en relación a las atenciones otorgadas en el Policlínico MARURI en el período 2011 al 2013, se han identificado 59 casos de personas fallecidas en Lista de Espera para los cuales se requiere realizar una revisión en relación al proceso de atención en base a lo registrado en las fichas clínicas en las atenciones recibidas en los años 2014 al 2018.

Se enviará vía electrónica la base de datos con pacientes rufificada y debidamente encriptada, para que a través de la Sub Dirección Médica, organice el desarrollo del trabajo con los establecimientos involucrados para la correcta aplicación de la pauta de recolección de información que se adjunta.

La revisión de las Fichas deberá estar de acuerdo a los procedimientos del establecimiento, en base al decreto 41 de 2012 que Aprueba Reglamento Sobre Fichas Clínicas. La revisión debe realizarse desde la fecha de ingreso a la lista de espera, hasta el fallecimiento del paciente.

Para la revisión de los casos de pacientes se dispone de un plazo de 30 días a contar de la entrega de RUT, y de 5 días al terminar los señalados anteriormente para consolidación final.

Los resultados deben ser enviados a la División de Gestión de la Red Asistencial, vía electrónica al email de la Sra. Alejandra Cordero Rojas, [acordero@minsal.cl](mailto:acordero@minsal.cl)

Sin otro particular se despide cordialmente,

MINISTERIO DE SALUD  
DRA. GISELA ALARCÓN ROJAS  
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:  
✓ Subsecretaría de Redes Asistenciales  
✓ División de Gestión de la Red Asistencial  
✓ Depto. de Estudios, Innovación e Información para la Gestión



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
 DEPTO DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL  
 GAR/CCC/JVC/EAR/ICND/PMS

1022

ORD.

ANT.: Oficios N° 20 y N° 21 de fecha 19 de enero de 2018

MAT.: Responde oficios N° 20 y N° 21 de la Comisión Especial Investigadora por reducción artificial de Listas de Espera

SANTIAGO, - 2 MAR 2018

DE: **MINISTRA DE SALUD  
 DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER**

A: **PRESIDENTE COMISIÓN INVESTIGADORA POR REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS  
 DR. JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ**

De conformidad a lo dispuesto en Sesión de fecha 19 de enero del año 2018, de la COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA, MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTA DE ESPERA (RNLE) DURANTE LOS AÑOS 2011, 2012 Y 2013, ASÍ COMO LA ACTUACIÓN DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN CON DEFICIENCIAS EN LAS PRESTACIONES GES Y NO GES, SU PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, LOS RETRASOS EN LAS PRESTACIONES Y LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA , DESDE EL AÑO 2014 A LA FECHA – CEI-50, mediante el presente oficio adjunto respuesta a los oficios N° 20 y N° 21 de dicha Comisión, con sus anexos.-

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



**DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER  
 MINISTRA DE SALUD**

**Distribución:**

- ✓ Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- ✓ Subsecretaria de Redes Asistenciales
- ✓ Jefe de Gabinete de Redes Asistenciales

RESPONDE OFICIOS N° 20 Y N° 21 de la COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE EVENTUALES IRREGULARIDADES EN LA REDUCCIÓN ARTIFICIAL DE LISTAS DE ESPERA, MEDIANTE LA ELIMINACIÓN DE PACIENTES DESDE EL REPOSITORIO NACIONAL DE LISTA DE ESPERA (RNLE) DURANTE LOS AÑOS 2011, 2012 Y 2013, ASÍ COMO LA ACTUACIÓN DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN CON DEFICIENCIAS EN LAS PRESTACIONES GES Y NO GES, SU PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, LOS RETRASOS EN LAS PRESTACIONES Y LA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA, DESDE EL AÑO 2014 A LA FECHA – CEI-50.-

En Sesión de 19 de enero del año 2018, se dispuso oficiar a éste Ministerio, a fin de que sean respondidas las siguientes consultas:

OFICIO N° 20: "Remitir el Listado con el RUT de las personas registradas como fallecidas a la fecha, del universo de quienes figuran con "Egreso administrativo contacto no corresponde" o registren consultas en el Policlínico Maruri y/u operativos en terrenos por médicos no especialistas, todo ello en atención a lo expuesto por el señor Alfonso Jorquera, Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte en su exposición de 17 de enero ante la Comisión".-

OFICIO N° 21: Solicita respecto del Policlínico Maruri, lo siguiente:

1. Resolución Exenta que lo aprobó o creó, y todas las resoluciones emanadas del Ministerio de Salud respecto de éste;
2. Listado de los pacientes atendidos allí e información respecto del seguimiento de ellos; y
3. Cuáles fueron los recursos adicionales con los que se contó para enfrentar la crisis.-

Ambos oficios dicen relación con hechos ocurridos en el denominado "Policlínico Maruri", en consecuencia, a fin de contextualizar las respuestas, se hace necesario explicar tanto el origen como el funcionamiento de dicho centro.-

#### ANTECEDENTES DEL POLICLÍNICO MARURI

El denominado Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) fue creado por resolución exenta N° 502 de fecha 20 de abril del año 2011 del Ministerio de Salud, que aprobó la norma técnica N° 118 para el Registro de las Listas de Espera, que regula tanto el ingreso como el egreso de pacientes de esta lista, debiendo cumplirse sus normas a fin de que el sistema funcione para mejorar la calidad de vida y salud de las personas.

En el RNLE se ingresan las Interconsultas de los pacientes a fin de que sean atendidos por médicos especialistas correspondientes a su diagnóstico y, sólo una vez realizada esta atención, se produce el denominado egreso del paciente del RNLE. Es decir, se requiere la interconsulta a un médico especialista y la atención por dicho médico especialista para que se produzca el egreso y para que el sistema funcione asegurando la atención de los pacientes.

En el mes de agosto del año 2011 se creó en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, cuyo director era el ingeniero don Raúl Vásquez Cataldo, el denominado Policlínico Maruri, que funcionaría en un inmueble del Servicio ubicado en calle Maruri N° 272, de la comuna de Independencia, sin contar con autorización alguna de la SEREMI de la época, para que allí se efectuaran prestaciones médicas a pacientes ambulatorios que figuraban en el RNLE, sin embargo, y a pesar de esta ausencia absoluta de autorización, su director, don Rodrigo Gutiérrez Soto, médico general recién titulado a esa fecha, nombrado por el Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, comenzó, junto a otros médicos generales recién titulados, a prestar dichas atenciones.

Ahora bien, importante es hacer la diferencia entre la denominada Clínica Maruri y el Policlínico Maruri, ya que en relación a la primera, existe resolución N° 43.625 de agosto del año 2011, de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana en la cual se autorizó habilitar en este Centro, 18 camas clínicas básicas, que se instalaron en 3 salas de hospitalización, como una clínica transitoria de pacientes de baja complejidad para pacientes quirúrgicos menos graves, es decir, se trataba de una unidad de estadía para tratamiento basado en gestión de cuidado de pacientes. Dos años después, por resolución N° 36.517 de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, se aumentó la capacidad a 42 camas, en cambio no existe autorización alguna por parte de dicha autoridad, para el funcionamiento del Policlínico Maruri ni a las atenciones allí prestadas.-

#### ATENCIONES POR MÉDICOS NO ESPECIALISTAS

Tal como se indicó, para que la salida de un paciente del RNLE sea conforme a las normas, se requiere que éste sea atendido por el médico especialista para el diagnóstico o examen de la interconsulta, no por un médico general ni por otro especialista, sólo una vez ocurrido lo anterior el egreso es válido porque se ha dado cumplimiento con el paciente.-

El Director del Policlínico Maruri, en acuerdo con el Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, diseñaron una estrategia destinada a egresar pacientes de la lista de espera sin que se cumplieran los requisitos antes señalados, es así como se convocó a una serie de médicos generales, recién titulados, quienes comenzaron a ejercer como "especialistas", atendiendo a pacientes que formaban parte del RNLE, encontrando que un mismo médico figuraba con más de una especialidad. Lo anterior se realizó a través de "validar" a médicos cirujanos como especialistas, sin serlo.

Esta "estrategia" implicó una inmediata doble consecuencia, a saber:

- a) Se egresó del RNLE a pacientes sin cumplir con el requisito que la interconsulta fuera atendida por el médico de la especialidad correspondiente; y
- b) El Fisco de Chile pagó honorarios a los supuestos "médicos especialistas", por atenciones en dicha calidad, lo que hasta esta fecha, según hemos podido

comprobar (se adjunta el cuadro respectivo) significó un egreso de \$871.309.972.- Esta información fue entregada a la Policía de Investigaciones en el marco de la acción penal en tramitación.-

Se programaron 20 "especialidades" ejercidas por los médicos generales en el Policlínico Maruri.- Incluso, analizadas las bases de datos de dicho Policlínico, se han encontrado a pacientes fallecidos con anterioridad a su funcionamiento, esto es, desde 1974 a julio del año 2011, respecto de los cuales pueden haberse producido cobros por atenciones.-

#### OPERATIVOS MÉDICOS MASIVOS

Además de las atenciones señaladas, otra forma que se utilizó para "egresar" a pacientes del RNLE fueron los denominados "operativos médicos masivos", que consistían en atenciones domiciliarias efectuadas por estos mismos médicos generales, en calidad de especialistas, en diversas comunas del sector norte de la capital, obteniendo nuevamente con esta estrategia, el rebajar pacientes de la Lista de Espera, sin atención de especialistas, y cobrar al Fisco por estas prestaciones.-

Estos operativos médicos, efectuados por médicos no especialistas, se diseñaron y produjeron siendo director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, el ingeniero don Raúl Vásquez Cataldo.-

#### LOS NÚMEROS DEL "POLICLÍNICO MARURI"

Según se ha podido determinar, el denominado "Policlínico Maruri" registra un total de 98.129 egresos efectuados entre los años 2011 a 2013, lo que corresponde a 34.127 personas, encontrando en este universo un total de 991 personas fallecidas, lo que se traduce en:

- a) 38 de estas personas fallecidas registraban atención en la red al 10 de marzo del 2014;
- b) 83 personas registran fecha de fallecimiento anterior al comienzo de funcionamiento del Policlínico Maruri, que van desde el año 1974 a julio del año 2011; y
- c) 870 personas fallecidas sin registrar atención posterior a su egreso en la red.-

Se adjunta en anexo, documento denominado "Minuta de Análisis de Información de casos atenciones Maruri ejecutadas entre los años 2011 – 2013", elaborado por el Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión, del Ministerio de Salud, que contiene el análisis de los egresos y atenciones efectuados en el Policlínico Maruri, y del seguimiento del periodo 2014 – 2018 a los pacientes atendidos en dicho Policlínico.-

## RESPUESTA A LA H. COMISIÓN INVESTIGADORA

Efectuada la contextualización del funcionamiento del denominado Policlínico Maruri, doy respuesta a las consultas efectuadas en los oficios correspondientes:

OFICIO N° 20: "Remitir el Listado con el RUT de las personas registradas como fallecidas a la fecha, del universo de quienes figuran con "Egreso administrativo contacto no corresponde" o registren consultas en el Policlínico Maruri y/u operativos en terrenos por médicos no especialistas, todo ello en atención a lo expuesto por el señor Alfonso Jorquera, Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte en su exposición de 17 de enero ante la Comisión".-

Tal como se indicó precedentemente, en el Policlínico Maruri, se registra un total de 98.129 egresos efectuados entre los años 2011 a 2013, lo que corresponde a 34.127 personas, encontrando en este universo un total de 991 personas fallecidas, lo que se traduce en:

- a) 38 de estas personas fallecidas registraban atención en la red al 10 de marzo del 2014;
- b) 83 personas registran fecha de fallecimiento anterior al comienzo de funcionamiento del Policlínico Maruri, desde el año 1974 a julio del año 2011; y
- c) 870 personas fallecidas sin registrar atención posterior a su egreso en la red.-

Se adjunta documento denominado "Minuta de Análisis de Información de casos atenciones Maruri ejecutadas entre los años 2011 – 2013", elaborado por el Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión, del Ministerio de Salud, que contiene el análisis de los egresos y atenciones efectuados en el Policlínico Maruri.- Asimismo se adjunta pendrive que contiene 3 archivos:

1. Listado de 953 RUT correspondientes a pacientes egresados del RNLE por médico no especialistas, fallecidos sin atención posterior en la red, con su fecha de defunción, haciendo presente que 83 de éstos pacientes presentan fallecimiento antes del comienzo de funciones del Policlínico, desde el año 1974 a agosto del año 2011;
2. Listado de 38 RUT correspondientes a pacientes fallecidos egresados del Policlínico Maruri, que registran atención en la red con posterioridad a ser atendidos por los médicos no especialistas; y
3. Listado de 34.127 RUT correspondientes a pacientes atendido en el Policlínico Maruri, egresados del RNLE sin haber sido atendidos por especialistas.-

OFICIO N° 21: Solicita respecto del Policlínico Maruri, lo siguiente:

1. Resolución Exenta que lo aprobó o creó, y todas las resoluciones emanadas del Ministerio de Salud respecto de éste;

Tal como se indicó, el Policlínico Maruri se creó sin contar con autorización alguna, de la SEREMI de la época, para que allí se efectuaran prestaciones médicas a pacientes ambulatorios que figuraban en el RNLE, sin embargo, y a pesar de esta ausencia absoluta de autorización, su director, don Rodrigo Gutiérrez Soto, médico general recién titulado a esa fecha, nombrado por el Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, comenzó, junto a otros médicos generales recién titulados, a prestar dichas atenciones.

Ahora bien, importante es hacer la diferencia entre la denominada Clínica Maruri y el Policlínico Maruri, ya que en relación a la primera, existe resolución N° 43.625 de agosto del año 2011, de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana en la cual se autorizó habilitar en este Centro, 18 camas clínicas básicas, que se instalaron en 3 salas de hospitalización, como una clínica transitoria de pacientes de baja complejidad para pacientes quirúrgicos menos graves, es decir, se trataba de una unidad de estadía para tratamiento basado en gestión de cuidado de pacientes. Dos años después, por resolución N° 36.517 de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, se aumentó la capacidad a 42 camas, en cambio no existe autorización alguna por parte de dicha autoridad, para el funcionamiento del Policlínico Maruri ni a las atenciones allí prestadas.-

2. Listado de los pacientes atendidos allí e información respecto del seguimiento de ellos;

El seguimiento y estudio de los casos atendidos por médicos no especialistas en el Policlínico Maruri, lo que implicó egresarlos del RNLE en forma fraudulenta, dio como resultado, tal como consta del documento denominado "Minuta de Análisis de Información de casos atenciones Maruri ejecutadas entre los años 2011 – 2013", elaborado por el Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión, del Ministerio de Salud, que contiene el análisis de los egresos y atenciones efectuados en el Policlínico Maruri, que la base de datos revisada, contuviera:

- a) 98.129 registros, que corresponden, luego de descartados RUT inválidos y registros sin especialidad, a 34.127 pacientes;
- b) Considerando los 34.127 pacientes egresados, menos los 991 fallecidos, da como resultado que el seguimiento debe hacerse sobre un total de 33.136 pacientes;
- c) Los 33.136 pacientes corresponden a 41.173 interconsultas publicadas en el RNLE, de los cuales, en el periodo marzo 2014 a enero 2018 se encuentran egresadas 27.994, correspondiendo 24.869 a egreso por causal clínica y 3.125 a egreso por causal administrativa;
- d) Finalmente, se ha determinado que quedan 7.678 personas de las cuales no se cuenta con registro de atenciones, instruyendo el Ministerio al Servicio de Salud Metropolitano Norte la búsqueda activa de los pacientes y generar el contacto a la brevedad.-

Se adjunta documento denominado "Minuta de Análisis de Información de casos atenciones Maruri ejecutadas entre los años 2011 – 2013", elaborado por el Departamento de Estudios, Innovación e Información para la Gestión, del Ministerio de Salud, que contiene el análisis de los egresos y atenciones efectuados en el Policlínico Maruri.- Asimismo se adjunta pendrive que contiene 3 archivos:

1. Listado de 953 RUT correspondientes a pacientes egresados del RNLE por médico no especialistas, fallecidos sin atención posterior en la red, con su fecha de defunción, haciendo presente que 83 de éstos pacientes presentan fallecimiento antes del comienzo de funciones del Policlínico, desde el año 1974 a agosto del año 2011;
2. Listado de 38 RUT correspondientes a pacientes fallecidos egresados del Policlínico Maruri, que registran atención en la red con posterioridad a ser atendidos por los médicos no especialistas; y
3. Listado de 34.127 RUT correspondientes a pacientes atendido en el Policlínico Maruri, egresados del RNLE sin haber sido atendidos por especialistas.-

3. Recursos adicionales con los que se contó para enfrentar la crisis.-

Montos pagados por el Fisco de Chile a médicos no especialistas, por atenciones efectuadas en el Policlínico Maruri (cuadro 1) correspondiente al periodo 2011 a 2013, que de acuerdo al análisis efectuado, se ha podido constatar que por este concepto se ha pagado la suma de \$871.309.971, según el siguiente detalle:

CUADRO Nº 1

Monto pagado por el Fisco de Chile relativo al plan extraordinario para hacer frente a la crisis (cuadro N° 2), que corresponde a transferencias al SSMN por dicho concepto.-

**CUADRO N° 2**

Detalle a la fecha del Plan Extraordinario año 2017 y 2018, para disminuir los tiempos de espera de pacientes No GES, cuyos periodos comprendieron de junio a diciembre del año 2017, y enero y febrero del año 2018, respectivamente, las transferencias realizadas al Servicio de Salud Metropolitano Norte son:

<b>Año Plan Extraordinario</b>	<b>Sub 21 (M\$)</b>	<b>Sub 22 (M\$)</b>	<b>Total (M\$)</b>
2017	74.435	79.619	154.054
2018	-	2.630	2.630
<b>Total</b>	<b>74.435</b>	<b>82.249</b>	<b>156.684</b>

Que se desglosa de la siguiente manera:

**Año 2017**

**Transferencias Subtítulo 21**

<b>Subtítulo</b>	<b>Monto (M\$)</b>	<b>Detalle de lo Transferido</b>	<b>Observaciones</b>
------------------	--------------------	----------------------------------	----------------------

21	74.435	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago horas médicas de especialistas</li> <li>• Pago RRHH no médico (Profesional, TENS, administrativo) asociada a consulta.</li> </ul>	Se realizaron <b>3.873</b> consultas por Plan Extraordinario
----	--------	---	--

Nota: el pago de subtítulo 21 corresponde contratos a honorario a suma alzada.

#### Transferencias Subtítulo 22

Subtítulo	Monto (M\$)	Detalle de lo Transferido	Observaciones
22	79.619	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago Intervenciones Quirúrgicas realizadas por convenio</li> <li>• Pago por gastos asociados a las consultas (insumos, medicamentos)</li> <li>• Pago por consultas de especialistas realizados por convenio a privados</li> <li>• Pago por exámenes realizados por convenio a privados</li> </ul>	Se realizaron <b>31</b> intervenciones quirúrgicas

#### Año 2018

#### Transferencias Subtítulo 22

Subtítulo	Monto (M\$)	Detalle de lo Transferido	Observaciones
22	2.630	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago Intervenciones Quirúrgicas realizadas por convenio</li> </ul>	Se realizaron <b>4</b> intervenciones quirúrgicas

Nota: las 4 intervenciones quirúrgicas corresponde a lo informado por el servicio de salud al 31 de enero de 2018.

En consecuencia, se puede determinar que se han transferido, por efecto del funcionamiento del denominado Policlínico Maruri, los siguientes montos:

- a) \$871.309.971, por pagos a médicos que ejercían como especialistas sin serlo, suma que debe ser restituida por éstos; y

b) \$156.684.000 por transferencias posteriores para hacer frente a la crisis.-

FINALMENTE, se hace necesario informar a esta H. Comisión que los hechos detallados en esta presentación han sido y son objeto de las siguientes investigaciones:

1. Sumario Administrativo efectuado por la Contraloría General de la República, que dispone la sanción de destitución a los funcionarios públicos Rodrigo Gutiérrez Soto, ex Director del Policlínico Maruri, y de Raúl Vásquez Cataldo, ex Director del Servicio de salud Metropolitano norte;
2. Investigación por parte del Ministerio Público, relativa a los hechos denunciados como Fraude al Fisco, ocurridos en el denominado "Policlínico Maruri" o "Centro Médico Maruri", en la cual el Consejo de Defensa del Estado presentó querrela ante el Tercer Juzgado de Garantía de Santiago, RIT N° 5.258-2014, RUC N° 1400173455-6, de la Fiscalía Centro Norte, actualmente en tramitación; y
3. Sumario Administrativo ordenado mediante Resolución Exenta N° 573 del año 2014, por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, el cual se encontraría en tramitación a esta fecha.-



JLE/SRP 09-02-2018

## MINUTA DE ANALISIS DE INFORMACION DE CASOS ATENCIONES MARURI EJECUTADAS ENTRE LOS AÑOS 2011-2013

### SERVICIO SALUD METROPOLITANO NORTE

Santiago 22 de febrero de 2018

**MATERIA:** Revisión de registros proporcionados por el SSMN correspondiente a 98.129 prestaciones y egresos administrativos realizados entre los años 2011 y 2013 a través de Policlínico Maruri. El objetivo es determinar el seguimiento realizado a los pacientes durante el periodo 2014-2017 y la existencia de personas fallecidas de aquellas egresadas administrativamente por "contacto no corresponde" o atendidas por médicos NO especialistas a través del policlínico y/o en Operativos en terreno.

Cabe señalar que el universo de atenciones usado como base de análisis fue considerado según lo entregado por el SSMN como único registro de pacientes que fueron atendidos bajo este proyecto y sobre los cuales se realizaron acciones de coordinación de la red, indicaciones para acceso de atención y de actualización de registros. El análisis MINSAL que a continuación se presenta evidencia los resultados del trabajo realizado por el SSMN.

Para el análisis descrito a continuación se incluyó la validación del RUN versus los datos disponibles en Registro Civil de Identificación, y la identificación de las atenciones recibidas en la red de atenciones de especialidad, egresos hospitalarios, activación de garantías de oportunidad GES y nuevas derivaciones a otros especialistas para cada una de las personas de la nómina, además del hallazgo de personas fallecidas sin atención.

#### Fuentes de información utilizadas para los cruces de datos:

- 1) Fuentes de Información proporcionados por el servicio de salud Metropolitano Norte:
  - Base de Datos con 98.129 registros correspondientes a 15.802 registros de egresos administrativos por causal 11, Contacto no Corresponde y 82.327 registros de egresos por atención otorgada mediante proyecto Maruri.
  - Base de Datos de atenciones agendadas en el Sistema de Agendamiento del Hospital San José (ANITA) del periodo 2011-2017.
- 2) Fuentes de Información proporcionados por la División GS TIC Ministerial:
  - Base de datos de atenciones reportadas desde los Registros Clínicos Electrónicos de los 29 servicios de salud en el marco del Compromiso de Gestión N.º 19 del año 2016 y 2017.
  - Base de datos de Personas, contiene la validación de identidad y fecha de fallecimiento con el Registro Civil de Identificación actualizada a la emisión de la presente minuta.
  - Base de datos Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE) de Ingresos y egresos de pacientes en lista de espera No GES periodo junio 2011- enero 2018.
- 3) Fuentes de Información proporcionados por el Departamento de Estadísticas en Salud:
  - Base de datos de Egresos Hospitalarios recopilada a enero 2018.
  - Base de datos de Hechos Vitales recopilada a enero 2018 contiene fecha de fallecimiento y causa de

- muerte codificada por DEIS<sup>1</sup>
- 4) Fuentes de Información proporcionados por DIGERA
    - Base de datos de Garantías de Oportunidad correspondientes a enero a diciembre 2017.
  - 5) Fuentes de Información proporcionados por FONASA
    - Base de datos de Inscripción Per cápita a enero 2018.

Análisis realizado en conjunto con Departamento de Auditoría, la División Sectorial de Tecnología ministerial y DIGERA

El análisis realizado considera los siguientes ámbitos:

1. Validación de la Base de Datos de 98.129 egresos realizados entre los años 2011 y 2013 a través de Policlínico Maruri.
2. Seguimiento a los pacientes atendidos en MARURI entre los años 2011-2013
3. Identificación de pacientes Fallecidos sin atención post egreso en Policlínico MARURI
4. Identificación de ubicabilidad de las 7.678 personas atendidas en Policlínico Maruri y actualmente se encuentran vivas.

Se define como llave principal del análisis y como registro válido todo registro que considere un RUN válido y Especialidad válida.

Validación de la Base de Datos de 98.129 egresos realizados entre los años 2011 y 2013 a través de Policlínico Maruri

Dado que la base de datos de atenciones realizadas bajo el Policlínico Maruri fue construida de recopilaciones de múltiples fuentes tanto en formato papel como digitalizadas, considerando lo anterior, se procedió a validar campos básicos asociados a identificación como el RUN y la especialidad que aparecía en ellas registrada. Durante el mismo procedimiento se determinaron cuántas personas estaban asociadas a la nómina dada la existencia de RUN que presentaban más de una atención.

	Observaciones
1	<p>El primer análisis realizado ha sido para identificar y luego descartar registros inválidos dentro de la base de 98.129 registros, el criterio utilizado ha incluido el RUN válido y la especialidad válida, de ese proceso el resultado es el siguiente:</p> <p>Descarte de registros RUT Inválidos: 2837            Descarte de registros SIN ESPECIALIDAD: 6</p> <p>Resultado N°1 Registros Descartados: 2.843            Resultado N°2 Registros válidos para análisis: 95.286 (79484 atenciones y 15802 Causal 11)</p>
2	<p>Identificación de personas únicas en la nómina de 95.286 registros válidos.</p> <p>De los 95.286 registros válidos se realiza la identificación de personas únicas existentes en la nómina.</p> <p>Resultado N°3 Personas Únicas del universo: 34.127</p>
3	<p>Con el fin de generar una base para cruce con el repositorio nacional de listas de espera, RNLE, se agruparon los registros de la nómina según RUN paciente y Especialidad por la cual aparece en el registro con la premisa que se trataba de la razón de espera de la persona. Lo anterior,</p>

<sup>1</sup> La base de personas se actualiza por RC e Id en línea por lo que se utiliza como fuente para determinar validez RUN y fecha de fallecimiento y la base de hechos vitales incorpora la causa de muerte, poseen diferente temporalidad.

	<p>simulando los datos básicos de una interconsulta para el cruce con el repositorio.</p> <p>Resultado N°4: De los 95.286 registros es factible agrupar en <b>39.663 registros</b> con llave RUT-ESPECIALIDAD válida para cruce con RNLE.</p>
4	<p>Una vez obtenido los 39.663 registros agrupados por RUN especialidad se procedió a cruzar esa data con el RNLE para determinar si se encontraban ingresados por el Servicio de Salud Metropolitano Norte en el repositorio dentro del periodo 2011-2018 con cierre al 19/01/2018.</p> <p>Resultado N°5: Se identifican <b>35.060 Interconsultas</b> que están publicadas en RNLE y <b>4.593 llave RUN Especialidad</b> no publicadas (equivalente a 4.322 personas).</p>
5	<p>Considerando que el proceso de atención de un paciente en lista de espera inicia con el ingreso a la lista y finaliza con el egreso de esta, se aplicó filtro de fecha de ingreso a la base de <b>35.060 interconsultas</b> resultante del cruce anterior para identificar aquellas que se ingresaron previa atención en policlínico Maruri o su egreso por CAUSAL 11.</p> <p>Resultado N°6: <b>34.327</b> interconsultas se encontraban ingresadas antes de la atención MARURI o su egreso por CAUSAL 11.</p> <p>Resultado N°7: <b>733</b> interconsultas aparecen ingresadas con fecha posterior.</p>
6	<p>Posteriormente se debía evaluar si estos casos se encontraban resueltos al 10/03/2014, para ello se revisó la base de 35.060 interconsultas por fecha y causal de egreso.</p> <p>Resultado N°8: <b>8.732</b> interconsultas pendientes de resolver al 10/03/2014 y <b>26.328</b> interconsultas egresadas. De las egresadas, <b>9.439</b> fueron egresadas por una causal clínica: GES, atención realizada, procedimiento informado, pérdida de indicación quirúrgica, (35,85%) y <b>16.889</b> egresadas por una causal administrativa. (64%)</p>
7	<p>Todos los casos pendientes de resolver publicados o los no publicados se consolidaron en 14.058 interconsultas (correspondientes a las <b>8.732</b> interconsultas pendientes de resolver al 10/03/2014, las <b>733</b> interconsultas aparecen ingresadas con fecha posterior y las 4.593 interconsultas no publicadas en el RNLE) y fueron cruzados con una base construida con las atenciones de la red declaradas a través del trabajo del COMGES 19 en los años 2016 y 2017 para los 29 servicios de salud, GES, Egresos hospitalarios al 2017 y agendamientos del Hospital San José 2011-2017 más la base de datos de personas.</p> <p>Resultado N°9: Del cruce se logran identificar <b>991 personas fallecidas</b> de las cuales 38 registraban atenciones en la red al 10/03/2014. Para 953 personas de las fallecidas no fue posible identificar atenciones en los cruces realizados. Cabe hacer presente que 83 personas se encontraban fallecidas antes del funcionamiento del policlínico Maruri en agosto 2011.</p>
8	<p>Considerando las conclusiones obtenidas de la actividad N°7 anterior, las personas que serían seguidas en el periodo 2014-2017 se desprenden al restar de las 34.127 RUN Únicos del inicio del análisis las 991 personas fallecidas identificándose 33.136 personas.</p> <p>34.127 personas RUN únicos -991 RUN fallecidos al 10/03/2014=33.136</p>

**Seguimiento periodo Marzo 2014- Marzo 2018 a los pacientes atendidos en Policlínico MARURI**

1	<p>Del seguimiento de las 33.136 personas respecto al resultado de la recuperación de pacientes que se dio en el Servicio de Salud Metropolitano Norte a partir del 11/03/2014 en adelante, se procedió a cruzar estos RUN con el RNLE bajo el criterio de la existencia de interconsultas a especialista publicadas en el periodo 2014-2018. Obteniéndose los siguientes resultados:</p>
---	---

	<p>Resultado N°1: de las 33.136 personas fue posible identificar la emisión de <b>41.173</b> interconsultas que fueron generadas y publicadas a partir del 11/03/2014 y correspondían a <b>17.594</b> personas. <b>15.542 personas</b> no aparecen con ninguna interconsulta ingresada al RNLE.</p>
2	<p>Para evaluar si estos casos están resueltos a la fecha, se revisó la base de 41.173 interconsultas por fecha y causal de egreso obteniéndose lo siguiente:</p> <p>Resultado N°2: Son <b>13.179</b> las interconsultas que se encuentran en espera de atención correspondientes a <b>9.525</b> personas. Cabe destacar que existen <b>8.011</b> personas comunes a ambos universos, es decir que a pesar de encontrarse en espera poseen a lo menos un egreso. Entonces son <b>3514</b> las personas que se encuentran en espera sin evidencia de otro tipo de egreso.</p> <p>Resultado N°3: Son <b>27.994</b> las interconsultas que se encuentran egresadas de este universo de las cuales <b>24.869</b> (88,83%) están egresadas por causal clínica, evidenciando una distribución muy distinta a la obtenida en el período 2010-2014; cabe agregar que a las causales existentes desde el año 2011, a partir del año 2015 se incorporan normativamente la causal por telemedicina, resolutivez y cambio de condición clínica; <b>3.125</b> por causal administrativa (11,16%). De estas últimas <b>802</b> se encuentran egresadas por causal 9 correspondiente a fallecidos (<b>569</b> personas).</p>
3	<p>Con el fin de determinar si los casos pendientes de resolver en lista publicada o los no publicados habían contado con alguna otra atención en la red antes del 19/01/2018, se consolidaron esos universos en <b>25.836</b> personas (correspondientes a <b>15.542</b> personas no publicadas en el RNLE, los <b>9.525</b> personas en espera de atención y <b>569</b> personas egresadas como causal 9)</p> <p>El cruce se realizó con una base de atenciones de la red declaradas a través del trabajo del COMGES 19 en los años 2016 y 2017, GES, Egresos hospitalarios al 2017 y agendamientos del Hospital San José 2011-2017. Se incluyó en el cruce la base de datos de personas.</p> <p>Luego se realizaron cruces con Base de datos de vacunas, de notificación obligatoria de enfermedades (ENO) VIH, FOFAR (entrega fármacos para pacientes crónicos)</p> <p>Resultado N°9: Del cruce se logran identificar <b>17.677</b> personas atendidas en la red, <b>7.952</b> no atendidas, de las cuales <b>7.678</b> se encuentran vivas y <b>69</b> fallecidas no atendidas.</p>

**Identificación de ubicabilidad durante el período 2014-2018 de las 7.678 personas atendidas en policlínico Maruri y que se encuentran vivas actualmente**

Observación	Observación
1	<p>De las 7.678 personas para los cuales no se cuenta con registro en MINSAL de atenciones realizadas se procedió a cruzar con la base de inscritos per cápita Fonasa para identificar última comuna de inscripción APS con el fin de solicitar a los Servicios de Salud que correspondan el contacto con el paciente e iniciar proceso de atención cuando corresponda.</p> <p>Resultado N°1: 6.845 personas se encuentran inscritas en APS a enero 2018 y 833 no se encuentran inscritas. Al revisar la distribución geográfica de la inscripción se identifican personas en las 15 regiones del país siendo el 85% de la región metropolitana.</p> <p>Resultado N°2: Al filtrar sólo dentro de la metropolitana, son 10 las comunas que concentran el 80% del universo de estas personas inscritas, principalmente en el SSMN:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quilicura: 1.480 personas</li> <li>• Colina: 1.108 personas</li> <li>• Lampa: 741 personas</li> <li>• Huechuraba: 693 personas</li> </ul>

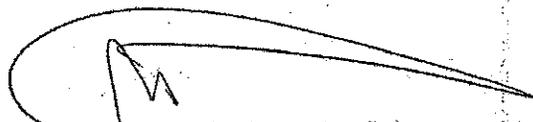
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independencia: 628 personas</li> <li>• Recoleta: 612 personas</li> <li>• Conchalí: 570 personas.</li> <li>• TII TII: 260 personas</li> <li>• Santiago: 57 personas</li> <li>• Renca: 39 personas</li> </ul>	
--	--	--

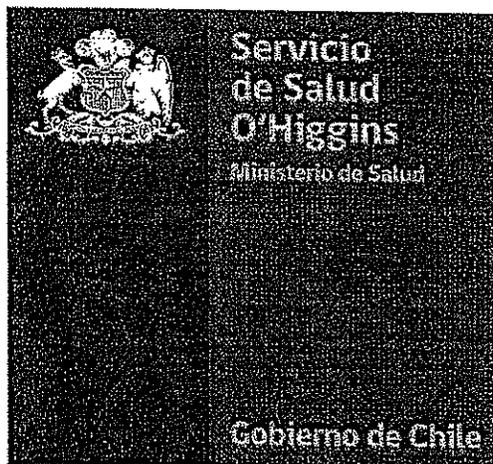
**Conclusiones:**

- De los 98.129 registros entregados por el SSMN se identificaron 34.127 personas únicas que descontando los fallecidos al 10/03/2014 (991 personas) consideraron **33.136 personas** para ser seguidas en el periodo marzo 2014-marzo 2018.
- De las 33.136 personas a ser seguidas en el periodo marzo 2014- marzo 2018, **17.594** personas han sido identificadas en un nuevo proceso de atención en la red a través de la existencia de **41.173** interconsultas para una consulta de especialidad generada y publicadas a partir del 11/03/2014. En complemento, **16.542** personas que si bien no cuentan con nuevas interconsultas ingresadas al RNLE si poseen atenciones en la red, salvo **7.678** personas.
- De las **41.173** interconsultas publicadas, **27.994** se encuentran egresadas de las cuales **24.869**, es decir el 88,83% están egresadas por causal clínica y el 11,16%, es decir, **3.125** egresos por causal administrativa.
- Para las **7.678** personas para los cuales no se cuenta con registro en MINSAL de atenciones en la red se ha definido instrucción de MINSAL asociada a generar el contacto a la brevedad con cada uno de ellos e iniciar proceso de atención según corresponda.

**Acciones tomadas:**

- Se oficia a los Servicios de Salud que poseen actualmente personas del universo pendiente de ubicar según inscripción per cápita para solicitar la contactabilidad e iniciar el proceso de atención en los casos que corresponda. (paciente puede aceptar o rechazar la atención).
- Se instala proceso de seguimiento de los 7678 casos en DIGERA.
- Se solicita al FONASA datos de aseguradora para las 866 personas sin inscripción per cápita.
- Se oficia al SSMN para que realice seguimiento con ficha clínica de los casos fallecidos sin registro en MINSAL de atenciones realizadas en la red.

  
**Alejandra Cordero Rojas**  
**Jefe Departamento de Estudios,**  
**Innovación e Información para la Gestión**



## **INFORME DE AUDITORIA**

**Auditoria de Contingencia GES efectuada a la Dirección del Servicio de Salud O'Higgins, tomando como referencia el Hospital del Libertador General Bernardo O'Higgins.**

Servicio de Salud del Libertador Bernardo O'Higgins

---

Departamento de Auditoría  
Servicio de Salud O'Higgins  
Enero 2017



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

## **I. ANTECEDENTES GENERALES**

El Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins es un centro asistencial de alta complejidad, perteneciente a la red del Servicio de Salud O'Higgins.

Corresponde evaluar si el establecimiento hospitalario cuenta con listado actualizado correspondiente a la patología Ges, que refleje fielmente los pacientes existentes y en tratamiento en el interior del establecimiento, cuyo control permita agilizar las prestaciones y el cumplimiento de las garantías asociadas.

## **II. OBJETIVO GENERAL**

Examinar y evaluar la situación actual del establecimiento asistencial considerando los protocolos y Normativas atinentes en relación a los listados Ges, las excepciones en la garantía de oportunidad, y asimismo, validar los casos de pacientes fallecidos durante el año 2015.

## **III. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Analizar situación actual del establecimiento.
2. Analizar los eventuales riesgos existentes en el proceso de exceptuación de la Garantía de oportunidad.
3. Verificar el cumplimiento de los protocolos en el proceso de exceptuación de los pacientes Ges.
4. Analizar posibles casos de pacientes fallecidos y que aún figuran en estado exceptuados de la Garantía de oportunidad.

## **IV. COBERTURA**

Para efectos de la presente auditoría se realizó un examen en las dependencias del Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, el periodo comprendido en el año 2015.

## **V. ALCANCE**

El examen consideró como universo de 4.587 causales de exceptuación, al 31 de diciembre de 2015, del cual se tomó una muestra de 851 fichas clínicas, con un nivel de confianza del 95%, y una tasa de error muestral del 5%, siendo las más representativas las causas de la no prestación de la atención, por Inasistencia (225) e Indicación Médica (628).



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

## **VI. EQUIPO DE TRABAJO**

La presente Asesoría la efectuó el Departamento de Auditoría del Servicio de Salud O'Higgins, designando este último, a los profesionales Sres. Ricardo Martínez Droguett, José Luis Quinteros Bravo, ambos Auditores, Héctor Sepúlveda Ríos, Ingeniero Civil Industrial y Patricia González Godoy, Enfermera Matrona.

## **VII. METODOLOGÍA**

La Auditoría se practicó de acuerdo con la Metodología de Auditoría establecida en Circulares Internas del Departamento de Auditoría de la Dirección del Servicio de Salud O'Higgins.

Cabe señalar que se incluyeron las siguientes técnicas:

- Levantamiento de Información.
- Análisis de la Información
- Detección de Necesidades.

## **VIII. LIMITACIONES A LA AUDITORIA**

Se presentaron las siguientes limitaciones:

- No fueron habidas la totalidad de las fichas clínicas solicitadas.
- Se resolvió acortar el plazo de Auditoría.

## **IX. FUENTE DE INFORMACIÓN**

- ✓ Fichas Clínicas.
- ✓ Sistema SIGGES

## **X. OPORTUNIDAD DE LA AUDITORIA**

- |                  |                                     |
|------------------|-------------------------------------|
| 1.- Programación | : Desde 26 al 30 de diciembre 2016. |
| 2.- Ejecución    | : Del 3 al 13 de enero 2017.        |



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

## XI. UNIVERSO Y MUESTRA

Es importante destacar el Decreto N° 3 de los Ministerios de Salud y Hacienda, donde se incluyen 81 patologías GES, a partir del 1 de julio de 2016.

Estas patologías se dividen en subgrupos tales como:

- Accidentes Graves
- Salud del Adulto Mayor de 65 años
- Enfermedades Crónicas
- Enfermedades del Corazón y Cerebro
- Enfermedades de la Visión
- Intervenciones Quirúrgicas
- Tratamiento de Cánceres
- Parto, Prematurez y Enfermedades del Recién Nacido
- Salud Mental
- Salud Bucal
- Salud en Personas Menores de 15 años
- Tratamiento Preventivo.

Es dable precisar que bajo estas 81 patologías GES, y en el marco a la Auditoría realizada, se consideró aquellas Garantías Exceptuadas.

En conformidad con los antecedentes proporcionados por el establecimiento durante el período sujeto a revisión físicamente a través de fichas clínicas, la información obtenida a través del Sistema SIGGES, y bajo la minería de datos utilizados, se consideró lo siguiente.

Respecto a los registros referidos a las garantías exceptuadas, se ha monitoreado el comportamiento de una muestra de 851 fichas, representando un 18,6% de un universo de 4.587 sujetos a examen, se determinaron mediante muestreo estadístico, con un nivel de confianza del 95% y una tasa de error del 5%, siendo las más representativas las causales por Inasistencia (2.665 garantías) e Indicación Médica Transitoria (1.353 garantías). Siendo en el caso de Indicación Médica Transitoria, la patología correspondiente al Cáncer, resultó ser la más representativa.



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

### Cuadro N°1

Causales de Excepción	Cantidad Garantías
Causa Expresada por el Paciente	133
Cierre de Caso por Otra Causa	1
Criterios de Inclusión/Exclusión (según protocolos)	20
Decis. Prof. Tratante - Criterio de Exclusión	4
Decisión del Profesional Tratante - Criterios de e	1
Decisión del Profesional Tratante - Indicación Méd	28
Excepción de Garantía por Otra Causa	66
Fallecimiento	89
Inasistencia	2665
Indicación Médica Definitiva	20
Indicación Médica Transitoria	1353
Por expresión de la voluntad del Paciente - Por o	1
Rechazo del Prestador Designado o Rechazo del Trat	202
Término del Tratamiento	2
(en blanco)	2
<b>Total General</b>	<b>4687</b>

Cabe destacar, que en Informe de Contraloría N° 979/2016, realizado al Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, sobre Auditoría al Cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, GES, y de la Lista de Espera Quirúrgica no GES, la muestra desarrollada fue de 121 casos, representando solo el 14,22% de lo examinado por el Departamento de Auditoría de la Dirección del Servicio de Salud O'Higgins.

## XII. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

### 1. INTRODUCCIÓN

En la Constitución Política del Estado, principalmente en el Artículo 1° inciso cuarto se señala que "Es deber del Estado resguardar la seguridad nacional, dar protección a la población y a la familia, propender al fortalecimiento de ésta, promover la integración armónica de todos los sectores de la Nación y asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional". Asimismo en su Artículo 6° detalla; "Los órganos del Estado deben someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella, y garantizar el orden institucional de la República".

Cabe mencionar que en su artículo 19°, número 1, fundamenta; "La Constitución asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona". Complementado con el número 9, donde se detalla "El derecho a la protección de la salud, el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo". A su vez le corresponderá, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
**CCR/JQB**

salud. Por último, es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

La Garantía Explícitas en Salud (Ges), se define como garantías relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, pues constituye un beneficio legal.

La Reforma de las Garantías Explícitas en Salud en Chile, se vincula con el concepto de Desarrollo Humano, que implica trasladar la "medida de éxito" de una sociedad desde la mera evaluación del desempeño económico hacia la forma que ese desempeño se traduce en mayores oportunidades y capacidades de las personas en todos los ámbitos de su vida.

Las capacidades más básicas para que el ser humano pueda desarrollarse son: tener una vida larga y saludable, disponer de educación, y tener acceso a los recursos necesarios para disfrutar de un nivel de vida digno (Fuente: Informe Sobre Desarrollo Humano, PNUD).

Respecto a la Reforma de las Garantías Explícitas en Salud (GES), la legislación en el año 2004, realiza una entrega gradual de garantías explícitas en algunos problemas de salud: sector público y privado, exigibilidad de derechos económicos y sociales. A su vez, el Ministerio de Salud define un conjunto priorizado de 56 problemas de salud (según carga, prioridades sociales y costo efectividad de intervenciones) y garantías explícitas relativas a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a dichos problemas.

Actualmente, el Decreto N° 3 de los Ministerios de Salud y Hacienda, incluyen 81 patologías GES, a partir del 1 de julio de 2016.

La Superintendencia de Salud señala que para ingresar un beneficiario o paciente a AUGE o GES debe ser a través del Consultorio de Atención Primaria donde esté inscrito si su previsión es FONASA. Luego, si es cotizante o beneficiario de una Isapre, deberá concurrir con el diagnóstico médico del profesional de salud tratante a las oficinas de la institución para que designe un Prestador de la Red AUGE o GES.

A su vez la Superintendencia de Salud establece desde la mirada de un beneficiario o paciente, que si un Prestador de la Red GES no cumple con el plazo señalado para la Garantía de Oportunidad de un problema de salud GES que se ha diagnosticado, el paciente o un tercero que lo represente deberá reclamar al Fonasa o Isapre según corresponda, dentro de los 30 (treinta) días de vencido el plazo correspondiente. La Institución de Salud tiene un plazo de 2 (dos) días para designar un Segundo Prestador. Este nuevo prestador tendrá un plazo de 10 (diez) días corridos para atenderlo, salvo que el plazo garantizado para resolver el problema de salud del paciente sea menor. En el caso de que el Fonasa o la Isapre no designen un Segundo Prestador o éste no



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins

**CCR/JQB**

cumpliera debidamente con la atención, el paciente o su representante deberán reclamar de inmediato ante la Superintendencia de Salud, solicitando un Tercer Prestador, que será designado dentro de los 2 (dos) días siguientes a la presentación de su reclamo en esta Superintendencia.

Una vez detallado el funcionamiento de AUGE o GES, y el derecho a la protección de la Salud, consagrado en la Constitución Política del Estado, se procedió a la revisión de 851 fichas con garantías exceptuadas, lo que se detalla en la siguiente tabla:

**Cuadro N°2**

CAUSA DE LA NO PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN	TOTAL DE CASOS POR CAUSAL
Inasistencia	225
Indicación Médica	626
Total	851

Dentro de los casos de Indicación Médica, se señala además que la revisión se enfocó principalmente a la indicación a la patología Cáncer (Cervicouterino, de Mama, de Próstata, Colateral 15 años y más, de Ovario Epitelial, Vesical de 15 años y más, de Testículo, y Gástrico) procurando la revisión al 100% de los casos, en un total de 531 fichas.

**2. Irregularidades en la excepción de la Garantía.**

La ley 19.966 que establece un Régimen de Garantías de Salud, del 3 de septiembre de 2004, define en el Artículo N°4 como garantía de oportunidad, el plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto que se refiere el artículo N°11 de la misma ley. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.

La garantía de oportunidad opera conforme a los plazos establecidos por patología, indicado en el decreto N° 4, de 2013, por lo que la inobservancia de dicho plazo conllevará a tener pacientes con garantías retrasadas en cuyo caso no se ha prestado una atención.



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

No obstante lo anterior, y en virtud de lo señalado en el artículo 11 de ese mismo decreto, no existe un incumplimiento en el plazo de garantía de oportunidad, cuando por alguna de las razones allí descritas, imputables al beneficiario, se justifique la no realización o postergación de la prestación, en tales casos se entenderá que dicha garantía se encuentra exceptuada.

A su vez en la Circular IF/N° 248 se imparten instrucciones sobre la excepción de Garantías de Oportunidad, estableciendo situaciones de excepción, causales de excepción, gestión de casos con Garantía Exceptuada, y la obligación de informar.

Dentro de las causales de excepción tenemos:

- Inasistencia
- Rechazo
- Fuerza Mayor por estado de salud o Indicación Médica.

Cabe destacar que bajo la muestra analizada, se focalizaron las causales más recurrentes, siendo estas las de inasistencia e indicación médica.

La Circular N° 248 aludida anteriormente, destaca que la causal de inasistencia se refiere principalmente a "la ausencia del paciente o beneficiario a dos citaciones efectivas para el otorgamiento de una prestación de salud garantizada". Asimismo destaca la causal por Fuerza Mayor por estado de salud o Indicación Médica, que establece "Decisión justificada del profesional tratante ante condiciones del paciente".

#### **a) Sobre garantías mal exceptuadas.**

En el examen realizado, a la muestra de casos exceptuados por la causal de Inasistencia, 97 de ellos, se constató que dicha exceptuación fue realizada el mismo día en que vencía la garantía de oportunidad, no existiendo las 2 citaciones anteriores para la entrega de la prestación por parte del hospital (Tabla N°1).

A su vez en la revisión se encontraron 61 casos de pacientes exceptuados por la causal descrita en el párrafo anterior, inasistencia, que no cumplen con los requisitos para la causal. (Tabla N° 1.1)

Por otra parte a la muestra de casos exceptuados por la causal de Indicación Médica, 328 de ellos, no se registra en ficha clínica la decisión de postergar el otorgamiento de la prestación y tampoco existe la constancia de que se informó al paciente respecto a la causal por la cual no se le otorga la atención y en caso de postergación, del evento o condición que debe ocurrir para acceder a la prestación exceptuada, siendo exceptuados el mismo día que vence la Garantía. (Tabla N°2).

Además de 96 casos que su vencimiento de garantía, a pesar de ser distinta a la fecha de exceptuación, no cumple con los requisitos descritos en el párrafo anterior. (Tabla 2.1)



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins

**CCR/JQB**

De acuerdo a las observaciones descritas, quebranta lo dispuesto en el oficio ordinario C27 N° 1493, de 30 de abril de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, sobre el cierre de casos y excepciones de garantía, y la nombrada circular IF N° 248, de 27 de julio de 2015, en relación a las excepciones por inasistencia y justificación del profesional tratante.

Asimismo, transgrede lo establecido en el artículo 11, del referido decreto N° 4, del 2013, que consigna que no se entenderá que hay incumplimiento de la garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado, situación que no aconteció en la especie.

**b) Sobre causal de excepción mal aplicada**

Es importante señalar, de acuerdo a lo establecido en la mencionada circular N° 248, y como se explica en el punto 2, las excepciones de garantías se encuentran estipuladas, por lo que en cada caso se considera la causal y ésta debe ser atribuible a los requisitos establecidos en dicha norma.

Es así que en el examen practicado, se verificó la existencia de 274 casos con la causal de excepción mal aplicada, principalmente indicando una categoría de exceptuación que no es la indicada en ficha clínica, situación que se contrapone a lo ya establecido en el punto anterior. (Tabla N° 3).

**c) Sobre pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada**

Se detectó que en 310 garantías exceptuadas, no se han dado tales atenciones hasta la fecha de corte de la fiscalización, esto es, al 31 de diciembre de 2015, pese a que se cumplió el plazo que originalmente correspondía al paciente de acuerdo a su patología. (Tabla N°4)

Al respecto, infringe lo previsto en el decreto N°4, de 2013, ya citado, que indica que una excepción o postergación de la prestación garantizada implica que la atención deberá realizarse en cuanto el paciente esté en condiciones de recibir su prestación, quien deberá continuar con su ciclo de atención, cuyo plazo no podrá exceder del que originalmente le correspondía al paciente de acuerdo a esa misma normativa, a partir de la fecha de la excepción de la prestación garantizada.

La exposición al riesgo alto señalada en el punto 2, representa una Criticidad Alta, después de considerar los controles y acciones de mitigación efectuados por el HRLBO, siendo este tema un asunto crítico, por lo que se requiere la atención y medidas de inmediato del Director de Servicio de Salud y su equipo directivo.

La situación descrita, representa una deficiencia importante de control interno o de la gestión de riesgos que, si no se mitiga, podría resultar en: pérdidas de recursos; debilidades en el marco de control o en la organización o proceso auditado; incumplimiento de estrategias, políticas o valores de la organización; graves daños a



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

la reputación en la opinión pública; impacto regulatorio significativo, como sumarios y sanciones, entre otros.

### 3. Pacientes Cáncer.

La Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado en su Artículo N°3 establece "La Administración del Estado está al servicio de la persona humana; su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que confiere la Constitución y la ley, y de la aprobación, ejecución y control de políticas, planes, programas y acciones de alcance nacional, regional y comunal".

A su vez consigna "La Administración del Estado deberá observar los principios de responsabilidad, eficiencia, eficacia, coordinación, impulsión de oficio del procedimiento, impugnabilidad de los actos administrativos, control, probidad, transparencia y publicidad administrativas, y garantizará la debida autonomía de los grupos intermedios de la sociedad para cumplir sus propios fines específicos, respetando el derecho de las personas para realizar cualquier actividad económica, en conformidad con la Constitución Política y las leyes".

Por lo demás el Artículo N°5 describe: "Las autoridades y funcionarios deberán velar por la eficiente e idónea administración de los medios públicos y por el debido cumplimiento de la función pública". Esto reforzado con el Artículo N°7 que establece "Los funcionarios de la Administración del Estado estarán afectos a un régimen jerarquizado y disciplinado. Deberán cumplir fiel y esmeradamente sus obligaciones para con el servicio y obedecer las órdenes que les imparta el superior jerárquico".

Atingente a la aludida Ley Orgánica del Estado, en su Artículo N° 10 señala "Las autoridades y jefaturas, dentro del ámbito de su competencia y en los niveles que corresponda, ejercerán un control jerárquico permanente del funcionamiento de los organismos y de la actuación del personal de su dependencia. Este control se extenderá tanto a la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos, como a la legalidad y oportunidad de las actuaciones".

Por último es dable citar el Artículo N°11 y 11 bis, los cuales establecen "Las autoridades y funcionarios facultados para elaborar planes o dictar normas, deberán velar permanentemente por el cumplimiento de aquéllos y la aplicación de éstas, dentro del ámbito de sus atribuciones, sin perjuicio de las obligaciones propias del personal de su dependencia". Y "Los funcionarios de la Administración del Estado deberán observar el principio de probidad administrativa y, en particular, las normas legales generales y especiales que lo regulan. La función pública se ejercerá con transparencia, de manera que permita y promueva el conocimiento de los procedimientos, contenidos y fundamentos de las decisiones que se adopten en ejercicio de ella".

Corresponde Señalar además que, en el Artículo N° 1 de la Ley 18.469 establece "El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins

**CCR/JQB**

a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse”.

**a) Pacientes en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados**

Al respecto, se verificó la existencia de casos de pacientes en listado GES como exceptuados en circunstancias que se encontraban fallecidos, hubo un cambio de previsión, terminó el tratamiento, o su caso cerrado, entre otros.

La situación descrita anteriormente se presenta con un riesgo alto de una posible denuncia al establecimiento, pudiendo comprometer recursos financieros.

Así también lo ya expuesto anteriormente se aparta de lo consignado en la letra b) sobre los cierres de casos, del oficio ordinario C27 N° 1.493, de 30 de abril de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el que indica que los casos pueden ser cerrados por diferentes causales, los que deben estar documentados en la ficha clínica y/o en los documentos establecidos para tales efectos, del mismo modo transgrede el artículo 12, de la citada ley 20.584, en relación al registro de la ficha clínica.

Cabe aludir también, la Ley 19.966 del 3 de septiembre de 2004, en su título III de la Responsabilidad en materia sanitaria, Artículo N°38 párrafo I, que establece “Los órganos de la Administración del Estado en materia sanitaria serán responsables de los daños que causen a particulares por falta de servicio”.

**b) Pacientes Cáncer en listado de exceptuados con faltas de estudios, Biopsia, o etapificación.**

En el Decreto N°140 del 21 de abril 2005, principalmente en Artículo N° 7 atribuye; “Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud.

Considerando el aludido Decreto N°140 en el Artículo N°8 respecto de los Establecimientos de Autogestión en Red letra a), establece “Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial, como asimismo, coordinar, asesorar, controlar y evaluar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos de la

Red del Servicio. Así mismo en la letra b) dice “Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los Establecimientos de Autogestión en Red y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red.

En el título II respecto al orden administrativo, en su letra a), establece “Organizar la estructura interna de la Dirección del Servicio y de sus establecimientos



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
**CCR/JQB**

dependientes, asignar los cometidos y tareas a sus dependencias". Y en su letra f), "Dictar las normas de funcionamiento interno para los establecimientos bajo su dependencia, conforme a las leyes y reglamentos vigentes y a las directivas ministeriales que se impartan al respecto".

Considerando el título VI, respecto con los Establecimientos de Autogestión en Red, en la letra c), señala "Impartir instrucciones para la atención de los beneficiarios de la ley N° 18.469 y N° 16.744 conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales".

Es importante destacar también el Artículo N° 21 respecto al Departamento Subdirección de Gestión Asistencial, en el ámbito de la Planificación y análisis, en la letra a) establece, Desarrollar procesos de planificación permanente de la Red Asistencial en, a lo menos, las áreas de articulación de la Red Asistencial, gestión clínica, gestión de cuidados, inversiones, presupuesto, participación social y atención al usuario, comunicaciones, emergencias y catástrofes", y en letra b) que señala "Proponer y coordinar estrategias y planes de implementación en relación a las prioridades de salud en los ámbitos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, conforme a las prioridades de salud nacionales y regionales establecidas en las normas técnicas que imparta el Ministerio de Salud y el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente".

En el ámbito de la articulación y desarrollo de la Red, numeral 5 del artículo descrito anteriormente, en la letra a) estipula "Diseñar, desarrollar, implementar y evaluar, en conjunto con los integrantes de la Red, las medidas de gestión que permitan una comunicación, interacción y articulación permanente de la Red y entre ésta y el Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente".

Siguiendo el mismo numeral en la letra b), describe "Diseñar y proponer al Director del Servicio estrategias para la implementación y mejora continua de los sistemas de referencia, derivación y contra derivación, así como supervisar el cumplimiento de estándares para los procesos clínicos y administrativos, conforme a las normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta al respecto". Y por último lo descrito en la letra c) que estipula "Elaborar y proponer la celebración de convenios con prestadores públicos o privados para asegurar las prestaciones de salud a la población beneficiaria".

El Decreto 140 establece a su vez en numeral 7 las responsabilidades atinentes al ámbito del Control de Gestión, donde en las letras a), consigna "Realizar procesos de análisis y evaluación de los sistemas de gestión y asistenciales de la Red, con el objeto de contribuir a la eficacia y eficiencia de las operaciones de la Red"; b), "Proponer, desarrollar, asesorar y coordinar a los integrantes de la Red en sistemas de evaluación y control, además de coordinar dichas actividades con organismos externos"; c), "En el aspecto de gestión asistencial, monitorear y evaluar el cumplimiento de la implementación de los planes y programas de salud convenidos o aprobados por el Ministerio de Salud"; y d) "En el aspecto de gestión administrativa, establecer y desarrollar sistemas de control, para el fiel y oportuno cumplimiento de las disposiciones relacionadas con el funcionamiento de la Red, con los derechos y



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
**CCR/JQB**

obligaciones de los funcionarios y con los demás asuntos de aplicación común en la Administración o en el Servicio en particular, sin perjuicio de las funciones desarrolladas por Auditoría del Servicio de acuerdo a la ley y este reglamento”.

El Artículo N°46 describe “Cada Hospital e Instituto estará a cargo de un Director, el que será responsable de ejecutar, con los recursos asignados, las acciones integradas de salud que éste deba cumplir en el ámbito de su competencia, de conformidad con las políticas, normas, planes y programas a que ellas deban sujetarse y bajo la supervisión y control de la Dirección del Servicio a que pertenezca”.

El Artículo N°49 señala “Es responsabilidad del Director velar por la producción asistencial del Hospital; ajustándose a las normas técnicas que el Ministerio de Salud imparta y a los recursos que disponga para ello”.

Corresponde considerar también el Artículo N°50 respecto de las Unidades de Atención Directa de Pacientes, que establece “Su función consistirá en proporcionar a los pacientes atención completa e informada a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, así como de rehabilitación y cuidados paliativos de los enfermos, con los medios humanos y materiales que el Hospital disponga para aquello”.

Y por último, el Artículo N°54 que dicta, Esta función comprende la gestión administrativa del Hospital, la que debe ajustarse a las políticas que el Ministerio de Salud y el Servicio impartan al respecto. Sin perjuicio de las demás funciones que correspondan de acuerdo a la normativa vigente y las que el Director del Hospital o del Servicio deleguen, se distinguen las siguientes áreas funcionales”.

Bajo el contexto anterior, se verificó la existencia de 97 casos de beneficiarios exceptuados por indicación médica y que se les aplicó dicha exceptuación por falta de estudios, exámenes, confirmación de biopsias, entre otros, situación que quebranta lo establecido en el Decreto 140 descrito en los párrafos anteriores. También en el oficio ordinario C27 N° 1493, de 30 de abril de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, sobre el cierre de casos y excepciones de garantía, y la nombrada circular IF N° 248, de 27 de julio de 2015, en relación a las excepciones por justificación del profesional tratante.

Asimismo, transgrede lo establecido en el artículo 11, del referido decreto N° 4, del 2013, que consigna que no se entenderá que hay incumplimiento de la garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado, situación que no aconteció en la especie.



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

#### 4. CONTROL INTERNO.

El Control Interno es un instrumento de gestión que se utiliza para proporcionar una garantía razonable de que se cumplan los objetivos establecidos por la dirección. Por consiguiente, la responsabilidad en cuanto a la idoneidad y eficacia de la estructura de control interno incumbe a la dirección. El Director de toda entidad pública debe asegurar no sólo el establecimiento de una estructura de control interno adecuada, sino también la revisión y actualización de la misma para mantener su eficacia.

Por consiguiente, durante la visita inspectiva realizada por el Departamento de Auditoría, se constató las siguientes observaciones:

- 4.1. Se verificó que no existe resolución que constituye formalmente la Unidad de GES del establecimiento de salud, lo cual transgrede el Artículo N° 3 de la Ley 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado, en relación a los actos administrativos, el cual señala que las decisiones escritas que adopte la Administración se expresarán por medio de actos administrativos, sean estas Resoluciones o Decretos.
- 4.2. Se constató además, que la encargada responsable de la Unidad de GES, no posee resolución que formalice su función y responsabilidad, acto que vulnera el citado Artículo N° 3 de la Ley 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado en relación a los actos administrativos que dice que las decisiones escritas que adopte la Administración se expresarán por medio de actos administrativos, sean estas Resoluciones o Decretos.
- 4.3. Se procedió a revisar la existencia de manuales respecto de organización, funciones actualizado y de procedimientos que definan el proceso, relacionados con la entrega de prestaciones y gestión de listas GES, no existiendo éstos, lo cual incumple lo establecido en el Decreto Supremo N° 140, Reglamento Orgánico Servicio de Salud, artículo 46 de la Dirección de los hospitales letra d) que señala: corresponderá al Director del Hospital dictar las normas y manuales de funcionamiento de las dependencias del Hospital.

##### a) Fichas médicas no proporcionadas por el establecimiento.

Del total de fichas solicitadas para los casos GES, 41 de ellas, detalladas en el anexo N°, no fueron proporcionadas por el centro asistencial, informando que algunas de estas se encontraban en otras unidades médicas del centro asistencial o en archivo.

Lo descrito, incumple lo establecido en el artículo 8° del aludido decreto No 41, de 2012, del Ministerio de Salud, en cuanto a que las fichas clínicas, cualquiera sea su soporte, deben almacenarse en un archivo o repositorio que garantice que los registros sean completos y asegure el acceso oportuno, la conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
**CCR/JQB**

Asimismo, corresponde precisar que la no entrega de información solicitada por este Organismo de Control en virtud de lo expuesto en el inciso segundo que el artículo N°9 de la ley No 10.336, ya citada, queda expuesta a las sanciones previstas en el inciso tercero de la misma norma legal, en conformidad con el criterio contenido en los dictámenes N°s. 2.200, de 2014, y 1 96.607, de 2015, ambos de este origen.

**b) Falta de firmas y timbres del profesional tratante en los formularios de Inspección confeccionados por el hospital IPD**

El Formulario de Constancia de Información al Paciente GES es el mecanismo oficial definido por la Superintendencia de Salud para que los hospitales, clínicas, centros médicos y demás prestadores de salud, informen a los afiliados a Isapres o a Fonasa, la confirmación diagnóstica de una patología incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Al respecto, se constató que en la confección de los formularios de Informe de Proceso Diagnóstico, IPD, falta de firma y timbre del doctor tratante, hechos que no se ajustan a lo contemplado en el numeral 57, de la referida resolución exenta N° 1.485, de 1996, sobre la supervisión competente para garantizar el logro de los objetivos de control interno, como tampoco se relaciona con los principios de control y responsabilidad consignados en el artículo 3° de la ley N° 18.575, ya nombrada.

**c) Falta de registro en la ficha clínica que justifiquen la patología GES, la excepción de la garantía y el cierre de casos.**

Respecto a la confección de los formularios, sean estos, de constancia e información al paciente GES, de excepción de garantía o cierre de casos, se verificó lo siguiente:

- Solo en el 2% de los casos se presenta la constancia e información al paciente GES en ficha clínica
- Solo en el 2,9% de los casos se presenta la excepción de garantía en ficha clínica
- Solo en el 5,8% de los casos se presenta los formularios de cierre de casos.

Lo anteriormente señalado contrapone a lo contemplado en el numeral 57, de la referida resolución exenta N° 1.485, de 1996, como tampoco se relaciona con los principios de control y responsabilidad consignados en el artículo 3° de la ley N° 18.575, ya nombrados.

Así también lo antes indicado, no se condice con lo señalado en la circular IF N° 248, que imparte Instrucciones sobre la excepción de garantías de oportunidad.

Por lo anterior, respecto del registro en el historial médico, las situaciones descritas se apartan de lo previsto en el nombrado decreto N° 45, de 2013, del MINSAL, y del artículo 12, de la ley N° 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud, los que precisan que la ficha o historia clínica es el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la Información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente.



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
**CCR/JQB**

## **CONCLUSIONES**

De acuerdo a los antecedentes examinados y resultados de la Auditoría a los Listados GES, efectuada a la Dirección del Servicio de Salud O'Higgins, y el Hospital Regional Del L.B. O'Higgins, el Servicio de Salud O'Higgins no ha dado cumplimiento, en cuanto al control y coordinación permanente que requiere ese proceso, resultando hallazgos de relevancia descritas en este Informe de Auditoría y los revelados en Informe Final N° 979/2016 de la Contraloría Regional, sobre Auditoría al Cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, GES, y de la Lista de Espera Quirúrgica, No GES, en el HRLBO.

Es de responsabilidad del Servicio de Salud, observar los principios de responsabilidad, eficiencia, eficacia y coordinación, en los términos señalados en el Art. 3°, de la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, donde señala, " La Administración del Estado está al servicio de la persona humana; su finalidad es promover el bien común atendiendo las necesidades públicas en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo del país a través del ejercicio de las atribuciones que le confiere la Constitución y la ley, y de la aprobación, ejecución y control de políticas, planes, programas y acciones de alcance nacional, regional y comunal.

En ese orden de ideas, el Decreto N° 3 de los Ministerios de Salud y Hacienda, emanada de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, donde define e incluye las 81 patologías GES a partir del 1 de julio de 2016.

Acorde a lo anterior, el Servicio no ha designado formalmente a los funcionarios que cumplan esas funciones, vulnerando de esta manera, a lo establecido en la Resolución Exenta N° 1485 de la Contraloría General de la República, de fecha 2 de septiembre de 1996, que aprueba Normas de Control Interno, en cuanto a la vigilancia de los controles, que señala que los directivos deben vigilar continuamente sus operaciones y adoptar inmediatamente las medidas oportunas ante cualquier evidencia de irregularidad o de actuación contraria a los principios de economía, eficiencia y eficacia.

De acuerdo a la Tipología de Riesgos definida por el Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno, el examen permite concluir lo siguiente:

Inconsistencia entre la información de fichas clínicas y SIGGES:

Riesgo Social, en el sentido de problemas con pacientes mal exceptuados, sin cumplir los protocolos establecidos en la circular N°248, que rige los actos administrativos para generar la exceptuación de garantía, lo cual provoca la no atención a pacientes y difiere a su derecho a la prestación por las distintas patologías incluidas en GES.

Riesgo de Procesos, elementos que se vincularían con los distintos aspectos del proceso de desarrollo de la exceptuación de Garantías, que podrían ser: ejecución inoportuna del proceso de gestión de listas GES, insuficiente supervisión, monitoreo y responsables de estas acciones de control, o que se disponga la alta demanda de atención de pacientes que requieren horas y mejorar el proceso.



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

**Riesgo Legal Y Financiero:** Falta de cumplimiento de la normativa, tal como lo señalara el Organismo de Control en Informe Final N° 979/2016 sobre Auditoría al Cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, GES, y de la Lista de Espera Quirúrgica No GES, efectuada en el Hospital Regional Del Libertador Bernardo O'Higgins y eventuales demandas económicas que podrían surgir ante la falta de atención, deterioro de la salud en la espera de atención, que derivan en el fallecimiento del paciente y reclamos de los usuarios. A su vez, compromete los niveles de deuda del establecimiento, al realizar compras de servicios médicos, para cubrir la demanda de pacientes exceptuados, situación que la organización deberá disponer de antecedentes al Departamento de Auditoría, con el objeto de transparentar la situación.

**Riesgo de Imagen:** generado por la percepción de la comunidad del actual del Servicio de Salud O'Higgins, por incumplimiento de las funciones que le corresponde a esa organización y disconformidad de los usuarios del sistema de salud, los cuales podrían originarse por deficiencias en el manejo de la gestión clínica y presupuestaria para la resolución de las lista GES.

La exposición al riesgo señalada en los párrafos anteriores, representa una Críticidad Alta, después de considerar los controles y acciones de mitigación efectuados por el HRLBO, siendo este tema un asunto crítico, por lo que se requiere la atención y medidas de inmediato del Director de Servicio de Salud y su equipo directivo.

Cabe señalar, que esta situación representa una deficiencia importante de control interno o de la gestión de riesgos que, si no se mitiga, podría resultar en: pérdidas de recursos; debilidades en el marco de control o en la organización o proceso auditado; incumplimiento de estrategias, políticas o valores de la organización; graves daños a la reputación en la opinión pública; impacto regulatorio significativo, como sumarios y sanciones, entre otros.

## RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

- a. De acuerdo a lo consignado en el punto 2, Irregularidades en la excepción de la Garantía, letra a) sobre garantías mal exceptuadas, y letra b) sobre causal de excepción mal aplicada, constituye un riesgo alto de Auditoría, por lo anterior en lo que concierne al numeral, se sugiere al Director, si lo estima procedente instruir un proceso sumarial, a objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas de él o los involucrados, por los hechos descritos en este numeral.  
En esta situación, se está frente a un Riesgo de Procesos, por una ejecución errónea de estos, adoptándose medidas que no son adecuadas, lo que representa una Alta Críticidad
- b. Acorde al punto 2, letra c) sobre pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada, representa una criticidad alta, después de considerar los controles y acciones de mitigación efectuados por el HRLBO, por lo que requiere la atención y medidas inmediatas del Director de Servicio de Salud y su equipo directivo.



Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
**CCR/JQB**

- c. Respecto al punto 3 letra a) sobre pacientes exceptuados fallecidos o con casos cerrados, se está frente a un Riesgo de Procesos, por una ejecución errónea de estos, un Riesgo de Imagen, por el incumplimiento de las funciones que corresponden a la unidad, adoptándose medidas que no son adecuadas, lo que representa una Alta Criticidad
- d. En base a lo establecido en el punto 3, letra b) sobre pacientes con Cáncer exceptuados con falta de estudios, exámenes, Biopsia, o etapificación, se sugiere al Director, si lo estima procedente instruir un proceso sumarial, a objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas de él o los involucrados, por los hechos descritos en este numeral.

Lo expuesto en el párrafo anterior, se presenta como Riesgo de Procesos, por una ejecución errónea de estos, Riesgo Legal y Financiero, al estar expuesto a demandas por pacientes, Riesgo de Imagen, al generar una percepción crítica de los beneficiarios, y un Riesgo Social, al inferir en la exceptuación del paciente que a la fecha espera atención, lo que representa una Alta Criticidad

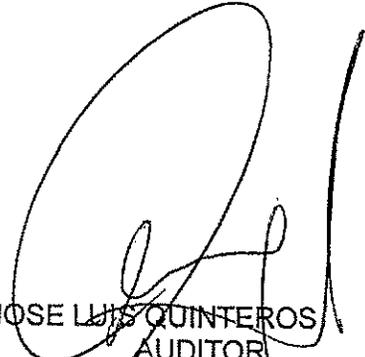
- e. Procede que la Autoridad, formalice mediante resolución la designación y funciones del Referente del Registro de Lista GES, de acuerdo a la normativa vigente, realizada por el servicio y/o establecimiento, existiendo actualmente un Riesgo de Proceso al no estar formalizadas estas funciones
- f. Procede en lo sucesivo, sobre Control Interno, que la Entidad deberá arbitrar medidas de control necesarias con el objeto que dichas omisiones no se reiteren en el futuro.
- g. Respecto al punto 4, letra a) Fichas médicas no proporcionadas por el establecimiento, se presenta como una limitación de auditoría, que no nos permite desarrollar una opinión.
- h. Sobre la letra b) falta de firmas y timbres del profesional tratante en los formularios de inspección confeccionados por el Hospital (IPD), y letra c), falta de registros en la ficha clínica que justifiquen la patología GES, la excepción de garantía o cierre de casos, representa una criticidad alta, por lo tanto se sugiere al Director, si lo estima procedente instruir un proceso sumarial, a objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas de él o los involucrados, por los hechos descritos en este numeral.
- i. Finalmente, se sugiere considerar las observaciones, efectos y recomendaciones expuestas por el Departamento de Auditoría del Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, consignadas en Informe Final de Auditoría a las Listas GES, efectuada en el Hospital Regional del Libertador Bernardo O'Higgins, por lo que el establecimiento auditado deberá dar respuesta a lo señalado en el informe de auditoría, debiendo establecer un Plan de Mejora, con el fin de corregir y regularizar los hechos observados, definiendo plazos y responsables, e informar su resultado el Departamento de Auditoría de la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, en un plazo de 30 días hábiles, a partir del día siguiente de la recepción del presente reporte, las medidas adoptadas y acompañando los antecedentes de respaldo respectivos.



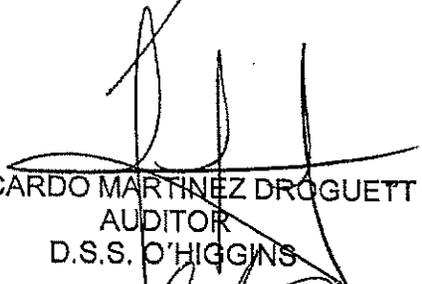
Departamento de Auditoría D.S.S. O'Higgins  
CCR/JQB

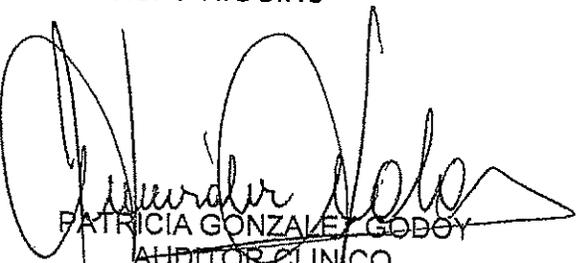


  
CLAUDIO CASTILLO ROJAS  
JEFE DEPTO DE AUDITORIA  
D.S.S. O'HIGGINS

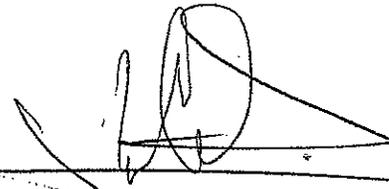
  
JOSE LUIS QUINTEROS  
AUDITOR  
D.S.S. O'HIGGINS

  
HÉCTOR SEPULVEDA RIOS  
AUDITOR  
D.S.S. O'HIGGINS

  
RICARDO MARTINEZ DROGUETT  
AUDITOR  
D.S.S. O'HIGGINS

  
PATRICIA GONZALEZ GODOY  
AUDITOR CLINICO  
D.S.S. O'HIGGINS

  
IVAN PARRAGUEZ MALDONADO  
O.F.A  
D.S.S. O'HIGGINS

  
JOAN CORNEJO SEPULVEDA  
O.F.A  
D.S.S. O'HIGGINS



DEPTO. AUDITORÍA  
JCL/PGG 766

INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA.  
DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA DE LA D.S.S. O'HIGGINS  
N° 78/2017.

---

**Institución** : HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS.

**Tema/Proceso/Materia** : Auditoría Contingencia GES, Pacientes Fallecidos en lista de muestra de Lista de Espera de Excepción de Garantía año 2015.

**Auditoras Clínicas** : Sra. Lucía Refusta Badilla  
Sra. Pamela Ahumada Albornoz  
Sra. Ana Pavéz Quinteros  
Sra. Patricia González Godoy

**Fecha** : Rancagua, 10 de Octubre de 2017

---

**I. INTRODUCCIÓN.**

Con el fin de dar cumplimiento a solicitud hecha por Subdirector Gestión Asistencial (s) de Auditoría Contingencia GES, de pacientes fallecidos en muestra de Lista Excepción de Garantía año 2015, la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, realiza revisión de los casos consignados en Tabla N°4, del "Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins"(N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017), pacientes consignados en la página 62 en la Tabla "Pacientes con Cáncer en listado de Exceptuados fallecidos o casos cerrados" y listado de pacientes consignados en la página 62 y 63 en la tabla "Listado de paciente con Cierre de Caso Cáncer" tomando como referencia el Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins

Lo anterior con el fin de obtener una visión respecto del cumplimiento normativo a instrucciones y aquellos procedimientos realizados.

Esta auditoría ha sido planificada a solicitud o en virtud de, la que fuera formalizada mediante Resolución N°3754 de fecha 5 /9/ 2017, fundamentando la importancia de las funciones que desarrollan las distintas actividades de proceso en análisis.

**II. OBJETIVO GENERAL.**

Validar el cumplimiento de la normativa legal vigente de excepción de garantía y analizar el cumplimiento en tiempo definido ó si esto no ocurrió, permitió o generó que la falta de atención determinara el fallecimiento del paciente.



## DEPTO. AUDITORÍA

### III. ALCANCE.

Para cumplir con los objetivos planteados, la revisión abarcó la información posible de recabar de Fichas Clínicas Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins y Cartolas Unificadas de pacientes (SIGGES) de los casos según nomenclatura del informe de los Números 136 a 146 y de 170 a 310 de tabla N°4. (152 Pacientes)

De las fichas según nomenclatura de informe de página 62 N°1 AL 16 y pacientes consignados en página 62 y 63 con N° 11,15,26 Y 51. (20 Pacientes)

Del Total de pacientes con diagnóstico de Cáncer seleccionada para análisis, es decir 172 pacientes:

80 pacientes (46,5%) correspondieron a casos de Cáncer Cérvico-uterino.

73 pacientes (42,4%) correspondieron a casos de Cáncer de Mama.

13 pacientes (7,6%) correspondieron a casos de Cáncer Gástrico.

3 pacientes (1,7%) correspondieron a casos de cáncer Colorectal.

1 paciente (0,6%) correspondió a Cáncer Vesical, Testicular y Próstata respectivamente.

Producto de la revisión se constata que de los pacientes seleccionados (Pacientes con Garantías Exceptuadas sin prestación Otorgada, Tabla N° 4, Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins"(N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017) 152 pacientes con diagnóstico Oncológico, 10 habían fallecido (6,7%).

De ellos el 60% correspondió a Cáncer de Mama (6), 30% a Cáncer cervico-uterino (3) y 10% a Cáncer Colorectal (1).

De los pacientes consignados en página 62 de la Tabla con Cáncer en listado de Exceptuados fallecidos o con casos cerrados (Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins"(N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017), los 16 pacientes fallecidos, el 81,4% correspondió a Cáncer Gástrico (13) y 6,2% a Cáncer Cervico-uterino (1), Cáncer de Próstata (1), Cáncer Mama (1).

Los 4 pacientes consignados en la página 62 y 63 (Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins"(N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017), se constata 1 paciente que está fallecida (25%) con diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino, y el 100% de los pacientes tenían diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino.

El tiempo considerado para la obtención de muestras correspondió mayoritariamente al período comprendido entre el 1° de septiembre y el 30 de septiembre 2017. El detalle de algunas de las muestras consideradas en terreno, una vez evaluados el ambiente y el entorno de control se presentan en Informe Detallado que se adjunta.

Cabe agregar, que la revisión efectuada no necesariamente ha cubierto la totalidad de las debilidades eventualmente existentes.



DEPTO. AUDITORÍA

#### IV. RESULTADOS RELEVANTES DE LA AUDITORÍA.

Considerando que en el Informe Detallado que se acompaña, se indican en forma específica cada una de las observaciones y oportunidades de mejora detectadas, y con el objeto de dar a conocer las principales situaciones, en particular aquellas que a nuestro juicio son de una criticidad importante para la administración, se indica lo siguiente:

**Resultados y hallazgos obtenidos de la información posible de recabar de ficha clínica y Sistema SIGGES:**

**1.- Del análisis de los pacientes fallecidos pesquisados en Tabla N°4 "Pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada" se pudo obtener la siguiente información:**

1.-Los casos analizados correspondieron a muestra seleccionada al azar en fecha Enero 2017, de pacientes en lista de Garantías exceptuadas, y son pacientes fallecidos por patología diagnosticada entre marzo 2015 a septiembre 2016.

2.-A las pacientes con Cáncer cervico-uterino se les otorgaron las prestaciones de salud requeridas por su condición y estado de salud, es decir, el 100% cumplió con el Flujograma clínico que forma parte de la Guía Clínica correspondiente.

3.-Se observó cumplimiento de los criterios para ingresar pacientes al GES.

4.-Las pacientes con cáncer cervico-uterino se derivaron desde nivel primario a HRLBO para su tratamiento y desde éste al Instituto Nacional del Cáncer en Santiago, en casos que correspondía, por tal motivo se exceptúa administrativamente bajo causal de razones médicas transitorias; definición no descrita en la Circular IF/N°248 del 27 de julio 2015 ni en los ajustes de la Circular IF/288, del 6 julio 2017. Alta Criticidad.

5.-De acuerdo a lo indicado por encargado GES se realizaron gestiones con FONASA y DSS para regularizar esta situación, sin embargo, no fue evidenciada ni por documentos ni correos de la jefatura de esa época. Alta Criticidad.

6.-En relación al CASO N°171, se puede referir que el fallecimiento del paciente fue aparentemente presentado por una causa natural de la enfermedad en estado terminal y no a causa de una ausencia de prestaciones médicas.

7.-En relación a los casos de Cáncer de Mama, la excepción de garantía se ejecutó en etapa de confirmación diagnóstica y en otro caso en etapa de tratamiento. Las causas en relación a la exceptuación son las siguientes: "falta completar estudio", "espera de resultados de Biopsia" y falta estudio de Resonancia". Es relevante indicar que las causas indicadas corresponden a decisiones expresadas por el profesional Médico. A lo cual se apega a lo indicado en circular IF/N° 248.

8.-Ausencia de formularios que describen causa de excepción de garantía archivados en ficha clínica, si se encuentra en SIGGES. Alta Criticidad.



**DEPTO. AUDITORÍA**

**2.- Del análisis de los 16 pacientes registrados en página 62, Tabla "Pacientes Cáncer en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados, casos 1 al 16, se pudo obtener la siguiente información:**

1.-Con la información analizada disponible en cada caso, es posible concluir que los pacientes fallecieron por la evolución natural de su enfermedad.

2.-Se pesquisó ausencia de informes de biopsias en ficha clínica, solo existía descripción del resultado de Biopsia. Alta Criticidad.

3.-Se pesquisó ausencia en ficha clínica de informe Proceso diagnóstico (IPD) Alta Criticidad.

4.-Se pesquisó ausencia de cierre de caso en ficha clínica, si en sistema SIGGES, en un caso N°8, no aparece cerrado en sistema SIGGES a la fecha de consulta de cartola Unificada de paciente (5-9-2017). Alta Criticidad.

5.-Registros clínicos no actualizados, en CASO N° 10, con fecha 20-septiembre-2015 se registra paciente no-se presenta a control médico, considerando que habla fallecido con fecha 17 de septiembre del 2015. Alta Criticidad.

6.-En CASO N°2, ficha clínica no tiene más registros después del 19-enero-2015, si hay datos de Cáncer gástrico en sistema SIGGES con posterioridad a esta fecha. Alta Criticidad.

7.- En caso N°12, se planifica Pabellón para Laparotomía exploradora y eventual Gastrectomía total, resultando ser un tumor irreseccable, llama la atención que se exceptúa garantía por intervención quirúrgica con fecha 5 de marzo del 2015, paciente fallece el 17 de marzo del 2015. Alta Criticidad.

**3.- Del análisis de pacientes consignados en página 62 y 63 en la tabla "listado de paciente con cierre de caso Cáncer", se obtuvo la siguiente información.**

1.-De los cuatro casos consignados en la Tabla de referencia, solo una paciente correspondía a CASO N°51 de fallecimiento, que con los registros analizados, corresponde a la evolución propia de un Cáncer Cervico-uterino, que recibió la atención médica que la paciente aceptó.

De eventualmente, observarse que las excepciones respecto del cumplimiento de la garantía de oportunidad, hayan influido en el fallecimiento de las pacientes, las auditoras clínicas expresan su incompetencia para evaluar el caso, ya que obedece a competencia de profesional Médico Cirujano.



DEPTO. AUDITORÍA

## V. CONCLUSIÓN

De la revisión efectuada, se concluye que:

En virtud de lo anterior, es recomendable que las observaciones incluidas en el cuerpo del presente Informe sean consideradas por la Administración con el objeto de que se generen los procedimientos y mecanismos de control que permitan mitigar los riesgos identificados, con el fin de ejercer una eficaz y eficiente gestión administrativa en la Dirección del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins y la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, disminuyendo con ello los riesgos detectados por este departamento de Auditoría.



JEFE DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA  
D.S.S. O'HIGGINS



DEPTO. AUDITORÍA

JCL/PGG/LRB/APQ/PAA  
706 / 11

**INFORME DETALLADO DE AUDITORÍA CONTINGENCIA GES"  
PACIENTES FALLECIDOS EN MUESTRA DE LISTA DE EXCEPCIÓN DE GARANTÍA AÑO 2015  
DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA DE LA D.S.S. O'HIGGINS  
N° 78 /2017**

---

**Institución** : HOSPITAL REGIONAL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS.

**Tema/Proceso/Materia** : Auditoría Contingencia GES, Pacientes Fallecidos en lista de muestra de Lista de Espera de Excepción de Garantía año 2015.

**Auditoras Clínicas** : Sra. Lucía Refusta Badilla  
Sra. Pamela Ahumada Albornoz  
Sra. Ana Pavéz Quinteros  
Sra. Patricia González Godoy

**Fecha** : Rancagua, 5 de Diciembre de 2017

---

## I. INTRODUCCIÓN.

Con el fin de dar cumplimiento a solicitud hecha por Subdirector Gestión Asistencial (s) de Auditoría Contingencia GES, de pacientes fallecidos en muestra de Lista Excepción de Garantía año 2015, la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, realiza revisión de los casos consignados en Tabla N°4, del "Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins"(N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017), pacientes consignados en la página 62 en la Tabla "Pacientes con Cáncer en listado de Excepcionados fallecidos o casos cerrados" y listado de pacientes consignados en la página 62 y 63 en la tabla "Listado de paciente con Cierre de Caso Cáncer" tomando como referencia el Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins

Lo anterior con el fin de obtener una visión respecto del cumplimiento normativo a instrucciones y aquellos procedimientos realizados.

Esta auditoría ha sido planificada a solicitud o en virtud de, la que fuera formalizada mediante Resolución N°3754 de fecha 5 /9/ 2017, fundamentando la importancia de las funciones que desarrollan las distintas actividades de proceso en análisis.

## II. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.

### Objetivo General

Validar el cumplimiento de la normativa legal vigente de excepción de garantía y analizar el cumplimiento en tiempo definido ó si esto no ocurrió, permitió o generó que la falta de atención determinara el fallecimiento del paciente.



DEPTO. AUDITORÍA

### Objetivos Específicos

1. Identificar y revisar documentación clínica relacionada con el proceso de atención de salud recibida por cada paciente seleccionado.
2. Recabar información de Fichas Clínicas del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins de cada paciente seleccionado.
3. Identificar atención de salud otorgada conforme a Guía Clínica de cada patología acorde a cumplimiento GES.
4. Determinar si los pacientes con diagnóstico oncológico pertenecientes a Garantías exceptuadas, recibieron prestaciones asociadas, y si eventualmente sus fallecimientos tuvieron relación a su patología u otra causalidad.

Los detalles de cada uno de los objetivos específicos del presente informe han sido detallados en el documento llamado, "Auditoría Clínica" N° 78 /2017".

### III. ALCANCE.

Para cumplir con los objetivos planteados, la revisión abarcó la información posible de recabar de Fichas Clínicas Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins y Cartolas Unificadas de pacientes (SIGGES) de los casos según nomenclatura del informe de los Números 136 a 146 y de 170 a 310 de tabla N°4. (152 Pacientes)

De las fichas según nomenclatura de informe de página 62 N°1 AL 16 y pacientes consignados en página 62 y 63 con N° 11,15,26 Y 51. (20 Pacientes)

Del Total de pacientes con diagnóstico de Cáncer seleccionada para análisis, es decir 172 pacientes:

80 pacientes (46,5%) correspondieron a casos de Cáncer Cervico-uterino.

73 pacientes (42,4%) correspondieron a casos de Cáncer de Mama.

13 pacientes (7,6%) correspondieron a casos de Cáncer Gástrico.

3 pacientes (1,7%) correspondieron a casos de cáncer Colorectal.

1 paciente (0,6%) correspondió a Cáncer Vesical, Testicular y Próstata respectivamente.

Producto de la revisión se constata que de los pacientes seleccionados (Pacientes con Garantías Exceptuadas sin prestación Otorgada, Tabla N° 4, Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins"(N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017) 152 pacientes con diagnóstico Oncológico, 10 habían fallecido (6,7%).

De ellos el 60% correspondió a Cáncer de Mama (6), 30% a Cáncer cervico-uterino (3) y 10% a Cáncer Colorectal (1).



#### DEPTO. AUDITORÍA

De los pacientes consignados en página 62 de la Tabla con Cáncer en listado de Exceptuados fallecidos o con casos cerrados (Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins" (N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017), los 16 pacientes fallecidos, el 81,4% correspondió a Cáncer Gástrico (13) y 6,2% a Cáncer Cervico-uterino (1), Cáncer de Próstata (1), Cáncer Mama (1).

Los 4 pacientes consignados en la página 62 y 63 (Informe de Auditoría de Contingencia GES efectuada a la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins" (N° 979 Resolución N° 900 de fecha 15-3-2017), se constata 1 paciente que está fallecida (25%) con diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino, y el 100% de los pacientes tenían diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino.

El tiempo considerado para la obtención de muestras correspondió mayoritariamente al período comprendido entre el 1° de septiembre y el 30 de septiembre 2017. El detalle de algunas de las muestras consideradas en terreno, una vez evaluados el ambiente y el entorno de control se presentan en Informe Detallado que se adjunta.

Cabe agregar, que la revisión efectuada no necesariamente ha cubierto la totalidad de las debilidades.

#### IV. OPORTUNIDAD DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA.

El período considerado para el desarrollo de la presente auditoría, comprende desde el 1/09/2017 hasta el 30/09/2017, desarrollada en tiempo parcial.

#### V. EQUIPO DE TRABAJO.

El presente informe es realizado por:

- ✓ Sra. Lucía Refusta Badilla, EU, Auditora Clínica del Departamento Auditoría DSS O'Higgins
- ✓ Sra. Pamela Ahumada Albornoz, U, Auditora Clínica del Departamento Auditoría DSS O'Higgins.
- ✓ Sra. Ana Pavéz Quinteros, EU, Auditora Clínica Departamento Auditoría HRLBO
- ✓ Sra. Patricia González Godoy, Enfermera-Matrona, Auditora Clínica del Departamento de Auditoría DSS O'Higgins.

#### VI. METODOLOGÍA.

La presente auditoría fue desarrollada con la revisión de:

- ✓ Elaboración de papeles de trabajos, que permitieron guiar y relevar las observaciones encontradas.
- ✓ Emisión de informes detallado y ejecutivo de auditoría.
- ✓ Revisión de Guías Clínicas, correspondientes a cada patología GES.
- ✓ Revisión de Cártola Unificada de Pacientes SIGGES



DEPTO. AUDITORÍA

## VII. LIMITACIONES OBSERVADAS EN EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA.

Se presenta una limitación a saber:

- ✓ Letra ilegible, que dificulta la comprensión de algunas evoluciones.
- ✓ Fichas no disponibles al momento de revisión.

Situación que puede limitar en parte la opinión de las Auditoras.

## VIII. DESARROLLO.

1.- Pacientes consignados en Tabla N° 4 "Pacientes con Garantías Exceptuadas sin la Prestación Otorgada". A solicitud de Subdirector Médico de la DSS O'Higgins, los pacientes consignados en Tabla N°4 se procedió al análisis de pacientes fallecidos.

De la muestra de 152 pacientes registrados, el análisis consideró a 10 pacientes fallecidos, la información obtenida fue la siguiente:

**CASO N° 200 = 88 años.**

Diagnóstico: Cáncer de mama izquierda.

Fecha creación de caso: 08/10/2015.

Fecha cierre del caso: 29/11/2016.

Fecha	Actividad/Antecedentes	IPD	Fecha exceptuación de Garantía Oportunidad	Fecha fallecimiento	Cierre de caso en Ficha Clínica
28/09/2015	Informe mamografía: distorsión mama izquierda en forma difusa que puede corresponder a un Ca inflamatorio. BIRAD 0.				
05/10/2015	Ecotomografía mamaria: proceso inflamatorio difuso de mama izquierda. Debe considerarse un Ca inflamatorio de mama izquierda BIRADS 5.				
08/10/2015	Interconsulta de origen: CESFAM N° 3. Establecimiento destino: Hospital Regional Rancagua. Derivada para Confirmación Diagnóstica.				
26/10/2015	Informe de biopsia N° 230093. Piel de mama izquierda: Invasión tumoral vascular angiolinfática de carcinoma. Biopsia Core de mama izquierda: carcinoma de mama izquierda. Tipo histológico: carcinoma ductal infiltrante, grado III de Nottingham. Desmoplasia moderada, leve reacción inflamatoria linfoplasmocitaria.				
19/11/2015	Creación IPD. Confirma diagnóstico de Cáncer de mama izquierda.	19/11/2015			
12/12/2015	TAC tórax, abdomen y pelvis: nódulo en segmento apical derecho y pequeños nódulos de 4 mm subpleurales derechos				



DEPTO. AUDITORÍA

	inespecíficos, lesión focal calcificada hepática.				
12/2015	Cintigrama óseo: HC L4 - L5.				
21/12/2015	Patología mamaria; tratamiento de mama izquierda: Indicación médica transitoria de excepción de garantía de oportunidad.		21/12/2015		
22/12/2015	<del>Informe de FISH; Positivo.</del>				
07/01/2016	Comité oncológico: en espera de FISH, QT NA u HT NA según KPS. Resto, no legible.				
18/01/2016	Comité oncológico: Motivo: presentación y propuesta: se propone QT u HT según KPS, pero paciente no se presenta. Se decide re presentar para evaluar QT. Solicitar TAC lumbar.				
28/01/2016	Comité oncológico: Idem anterior. Conclusión: no legible.				
25/02/2016	Comité oncológico: eritema y edema mama izquierda. Biopsia Core informa Ca ductal infiltrante G III RE 10% RP - Cerb2 +++Ki67 30%, FISH (+). Biopsia piel informa invasión tumoral vascular angiolinfática de carcinoma. Conclusión: QT: paciente no desea. Entonces, RT + HT.				
22/07/2016	Consulta médica. Se evalúa paciente quien se negó a tratamiento con QT. Al examen físico se evidencia progresión de la enfermedad que afecta a la otra mama. Se les explica a los familiares y al paciente, quienes mantienen la posición de no tratar, sólo con HT. Se envía a Medicina Interna por probable EPOC y se controlará en tres meses.				
Desde 28/01/2016 hasta 24/11/2016	Hormonoterapia Cáncer de Mama (tratamiento mensual).				
29/11/2016	FONASA Nivel Central: Cierre de caso por Fallecimiento.				29/11/2016

CASO N° 201= 87 años

Diagnóstico: Carcinoma ductal infiltrante mama derecha.

Fecha creación de caso: 15/01/2016.

Fecha cierre del caso: 29/11/2016.

NOTA: IPD Folio N° 24873444, de fecha 29/03/2012. Hosp. Sotero del Río.

Diagnóstico: Cáncer de mama derecha, Biopsia Core Informe N° 345888. Papiloma intraductal con signos de hemorragia antigua y atipias epiteliales.

Fecha	Actividad/Antecedentes	IPD	Fecha exceptuación de	Fecha fallecimiento	Cierre de caso en Ficha
-------	------------------------	-----	-----------------------	---------------------	-------------------------



DEPTO. AUDITORÍA.

			Garantía Oportunidad		Clinica
<u>28/07/2015</u>	Derivación desde CESFAM Codegua para Confirmación Diagnóstica.				
11/09/2015	Excepción de Garantía de Oportunidad: Confirmación Mama Derecha: falta completar estudio.		11/09/2015		
14/09/2015	Consulta Unidad de Patología Mamaria. Trae mamografía de año 2012 donde se observa lesión nodular de límites definidos, de aprox. 10 cmts. de diámetro; según paciente habría sido biopsiada en Hospital Sotero del Río durante ese año. Se decide control con mamografía y Eco.				
23/10/2015	Informe biopsia. Muestra constituida por estroma hialinizado, con escaso infiltrado linfoplasmocitario y pigmento hemosiderínico. No se observan elementos epiteliales en lo examinado. Se sugiere repetir toma de biopsia, ya que la muestra podría no ser representativa de la lesión.				
25/11/2015	Biopsia Core bajo ecografía: gran masa sólida, quística.				
15/01/2016	Creación IPD: Confirma Carcinoma Ductal Infiltrante.	15/01/2016			
29/02/2016	Etapificación Cáncer de Mama.				
<u>30/03/2016</u>	Excepción de Garantía de Oportunidad: tratamiento Mama Derecha: Se pide nueva biopsia para decidir conducta a seguir y la paciente no se la quiere realizar.		30/03/2016		
07/07/2017	Cierre automático de Caso por FONASA, Fallecimiento.			07/07/2017	

CASO N° 203= 77 años

Diagnóstico: Cáncer de mama derecha.



DEPTO. AUDITORÍA

Fecha creación de caso: 05/04/2016.

Fecha cierre del caso: 02/06/2016.

Fecha	Actividad/Antecedentes	IPD	Fecha excepción de Garantía Oportunidad	Fecha fallecimiento	Cierre de caso en Ficha Clínica
21/08/2015	Mamografía: masa espiculada y lobulada de aspecto neoplásico de la mama derecha BIRADS 5.				
26/08/2015	Derivación desde Hospital de Graneros para Confirmación Diagnóstica.				
07/09/2015	Unidad de Patología Mamaria. Plan: Eco complementaria, suspender ASS, pase cardiológico.				
13/10/2015	Excepción de Garantía de Oportunidad: Confirmación Mama Derecha. Paciente falta completar estudio.		13/10/2015		
03/11/2015	Biopsia Core guiada por ultrasonido mama derecha. Ca ductal infiltrante G II.				
19/11/2015	Informe de biopsia N° 231023. Citología nódulo mama derecha B% y B12. Frotis citológico sospechoso para células neoplásicas malignas.				
09/02/2016	TAC Pulmonar. Múltiple nódulos pulmonares sospechosos de metástasis.				
05/04/2016	Creación IPD: Carcinoma ductal infiltrante mama derecha.	05/04/2016			
07/04/2016	Etapificación Cáncer de Mama Derecha				
09/04/2016	Comité Oncológico.				
13/04/2016	Hormonoterapia Cáncer de Mama (Tratamiento mensual).				
09/05/2016	Excepción de Garantía de Oportunidad: tratamiento Mama Derecha. Paciente en tratamiento de Hormonoterapia.		09/05/2016		
02/06/2016	Cierre automático de Caso por FONASA. Fallecimiento.			02/06/2016	



DEPTO. AUDITORÍA

CASO N° 206= 77 años

Diagnóstico: Cáncer de mama izquierda.

Fecha creación de caso: 02/12/2014.

Fecha cierre del caso: 20/04/2016.

Fecha	Actividad/Antecedentes	IPD	Fecha excepción de Garantía Oportunidad	Fecha fallecimiento	Cierre de caso en Ficha Clínica
25/09/2014	Ecotomografía mamaria: no describe BIRADS.				
03/10/2014	Mamografía: sospechosa, BIRADS 4.				
17/11/2014	Informe de Biopsia Core N° 219190. Ca ductal infiltrante, pobremente diferenciado.				
02/12/2014	Creación IPD: Confirma Cáncer ductal de mama izquierda.	02/12/2014			
02/12/2014	Etapificación Cáncer de mama.				
11/12/2014	TAC de tórax y abdomen. Nódulo pequeño, inespecífico en lóbulo superior derecho. Abdomen (-).				
02/01/2015	Excepción de Garantía de Oportunidad: tratamiento Mama izquierda. Paciente derivada a Quimioterapia.		02/01/2015		
08/01/2015	Comité Oncológico: concluye QT Neoadyuvante.				
01/04/2015	Quimioterapia Cáncer Mama Etapa III.				
07/09/2015	Seguimiento Cáncer de Mama izquierda. Paciente sintomática.				
Desde 01/10/2015 hasta 13/04/2016.	Hormonoterapia Cáncer de Mama (Tratamiento Mensual).				
20/04/2016	Cierre automático de Caso por FONASA. Fallecimiento.			20/04/2016	

CASO N° 207 = 73 años

Diagnóstico: Cáncer de mama derecha.

Fecha creación de caso: 12/02/2015.

Fecha cierre del caso: 20/12/2015.



DEPTO. AUDITORÍA

Fecha	Actividad/Antecedentes	IPD	Fecha exceptuación de Garantía Oportunidad	Fecha fallecimiento	Cierre de caso en Ficha Clínica
19/01/2015	Ecotomografía mamaria. BIRADS 5.				
21/01/2015	Derivación desde Hospital de San Fernando para Confirmación Diagnóstica.				
21/01/2015	TAC de tórax y abdomen.				
28/01/2015	Informe de Biopsia Core Bilateral N° 221287. Ca ductal infiltrante G III en ambas mamas. Plan: Quimioterapia.				
12/02/2015	Consulta Patología Mamaria.				
12/02/2015	Creación IPD: Confirma Cáncer mamario bilateral.	12/02/2015			
12/02/2015	Etapificación Cáncer de mama Derecha.				
16/03/2015	Excepción de Garantía de Oportunidad: tratamiento Mama Derecha. (Indicación Médica Transitoria).		16/03/2015		
25/03/2015 hasta 13/10/2015	Quimioterapia Cáncer de Mama Etapa III.				
03/11/2015 hasta 02/12/2015	Hormonoterapia Cáncer de Mama (Tratamiento mensual).				
18/12/2015	Ingreso a Cuidados paliativos y Alivio de Dolor en Hospital de San Fernando.				
20/12/2015	Fallecimiento.			20/12/2015	

CASO N° 231= 58 años

Diagnóstico: Cáncer de mama izquierda.

Fecha creación de caso: 21/04/2015

Fecha cierre del caso: 24/06/2015

Fecha	Actividad/Antecedentes	IPD	Fecha exceptuación de Garantía Oportunidad	Fecha fallecimiento	Cierre de caso en Ficha Clínica
12/02/2015	Consulta Patología Mamaria.				
30/03/2015	Consulta Patología Mamaria.				
01/04/2015	Mamografía. BIRADS 4.				
02/04/2015	Ecotomografía				



DEPTO. AUDITORÍA

	mamaria. BIRADS 5.				
07/04/2015	Informe de Biopsia Core N° 223315				
21/04/2015	Cintigrama óseo. Múltiples sitios con aspecto de atipias secundarias.				
30/04/2015	Comité Oncológico. TAC cerebro: múltiples lesiones líticas en cráneo. TAC columna C-D-L: múltiples lesiones líticas en toda la columna y fracturas por aplastamiento en C3, C4, T4, T8, T9 y T11. TAC de tórax y abdomen: sin evidencia de metástasis viscerales. Cintigrama óseo: múltiples sitios con aspecto de atipias secundarias.				
21/04/2015	Creación IPD: Confirma Carcinoma lobulillar infiltrante. Ca invasor de mama izquierda.	21/04/2015			
21/04/2015	Etapificación Cáncer de mama.				
22/05/2015	Excepción de Garantía de Oportunidad: (Indicación Médica Transitoria).Detalle causal: RT previa evaluación por Neurocirugía + HT. Quimioterapia paliativa luego de evaluación por Neurocirugía y Radioterapeuta.		22/05/2015		
23/05/2015	Fallecimiento.			23/05/2015	

**CASO N° 253**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCEPCIÓN GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha	OBSERVACIONES
22 junio 2015	Paciente de 45 años, a. Atendida y Biopsiada en Rengo por Observación de CACU con Exámenes realizados: Ecotomografía, TAC ABD Pelvis, Cistoscopia. Biopsia del cuello Uterino enviada a Rancagua.					



DEPTO. AUDITORÍA

2 julio 2015	La Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Rancagua. Informa: Carcinoma escamoso infiltrante, Moderadamente diferenciado, queratinizante erosionado, infiltrante en mucosa cervical .					
31 Julio 2015.	Es vista en Unidad de Patología Cervical Ginecológica -Hospital Regional Rancagua. Completan estudio con exámenes: RX tórax, Rectoscopia, Exámenes de sangre más marcador tumoral CA 125. Y derivación al comité Oncológico del establecimiento.	31 Julio 2015. Ingresada por Hospital Regional Rancagua por: BP Cervix Carcinoma escamoso avanzado.				Dentro de los 40 días de confirmación diagnóstica desde la sospecha.
12 Agosto 2015	Ingresada por cistoscopia al Hospital regional Rancagua. Y otros exámenes en hospital de Rengo.					
12 Agosto 2015	Etapificación registrada por Hospital Regional Rancagua					Dentro del plazo de los 20 días.
1 Septiembre 2015			Garantía Exceptuada por hospital RLBO. Causal: Indicación médica Transitoria			Causal derivada a INCA Sgto. El mismo día de vencimiento de la garantía.
2 Septiembre 2015	Evaluada por el comité Oncológico del HRLBO; Integrado por : DR. Claudio Ayala, Dr. Paulo Saigado, Dr. Plinio Fernandez, Con Diagnostico de CACU III B. A Tratamiento: RT- QT- BT.					
10 Septiembre 2015	Ingreso de solicitud Interconsulta. Con Derivación al Instituto Nacional del Cáncer Stgo. ( Por ser RED para tratamiento con Radioterapia)					Tratamiento RT, que No realiza el hospital de Rancagua.
15 Septiembre 2015	Es vista en Comité Oncológico Adulto por Ca Cervico Uterino					Registro en SIGGES



DEPTO. AUDITORÍA

27 Octubre y 6, 10, 13 20 Noviembre 2015.	Exámenes Laboratorio en el Instituto Nacional del Cáncer.					
2 Noviembre 2015	1° Radioterapia con Acelerador lineal de Alta Intensidad.					1° RX
2, 10, 16 Noviembre 2015	Atenciones de especialidad Oncología Adulto en Instituto Nacional del Cáncer Stgo.					Incumplida con Hito (prestación otorgada fuera de plazo)
20 Noviembre 2015.	Atención de especialidad Oncología Adulto en Instituto Nacional del Cáncer Stgo.					Última atención en INCANCER por registro en SIGGES.
22 Noviembre 2015.	Atención en Servicio de Urgencia Hospital de Rengo. (hiponatremia severa con episodio convulsivo, hidroureteronefrosis moderada y cáncer cervicouterino IIIB en tratamiento con RT+QT. Fallece en traslado HRR en la Ambulancia SAMU			Fallece el 22 Noviembre 2015 Causa Cáncer cervicouterino Avanzado.		Cierre del caso por Fallecimiento.

Caso N°289 CaCu.Invasor

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCEPCION GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha	OBSERVACIONES
24 Marzo 2015	Paciente de 29 años, puérpera de cesárea. Atendida y estudiada durante el embarazo en el hospital de San Fernando por :Cervicorragia y cuello de aspecto tumoral. Exámenes realizados: Ecotomografía, TAC ABD _ Pelvis, RX torax, Cistoscopia y Rectoscopia. Además se tomó Biopsia del cuello Uterino y enviada a la unidad de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Rancagua. La que es informada como carcinoma escamoso infiltrante,					



DEPTO. AUDITORÍA

	Moderadamente diferenciado, no queratinizante.					
13 Abril 2015		13 de Abril 2015. Ingresada por Hospital San Fernando como CA.CU. INVASOR + EMBARAZO (Dentro de los 40 días desde la sospecha)				
29 Abril 2015	IC de derivación a Oncología Adulto del Hospital regional Rancagua con Diagnóstico de CA:CU + embarazo. Fundamentado en estudio pre etapificación que demostró lesión anexial y lesión hepática ( se adjuntaron ecotomografía, TAC, Cistoscopia, Rectoscopia, biopsia).					
29 Abril 2015	Etapificación registrada por Hospital San Fernando (dentro de 20 días de garantía)					
6 Mayo 2015	Evaluada por el comité Oncológico del HRLBO; Integrado por : DR. Claudio Ayala, Dr. Javier Anabalón ,Dr. Ricardo Perez. Con Diagnóstico de CACU III B. A Tratamiento: RT- QT:					
7 Mayo 2015	Ingreso de solicitud Interconsulta. AUGE Por el profesional Dr. Hernán Mellafe Espinoza; en FOLIO N° 36780147. Derivada, al Instituto Nacional del Cáncer Stgo. ( Por ser RED para tratamiento con Radioterapia)					Tratamiento que No realiza H. Rancagua.
11 Mayo 2015	Citación en Instituto Incancer para consulta integral. Y exámenes de Laboratorio					Registro en SIGGES
	Informe de Alta de					Alta para RX



DEPTO. AUDITORÍA

12 Mayo 2015	Instituto Nacional del Cáncer. Por Dr. Apolo Salgado F. Oncólogo Radioterapeuta. Indica Unidad Alivio del Dolor.					
19 Mayo 2015			Garantía Exceptuada por hospital RLBO. Causal: Indicación médica Transitoria.			El mismo día De: Fin de Garantía.(19 Mayo 2015)
30 Junio 2015	1° Radioterapia con Acelerador lineal de Alta Intensidad.					1° RX
4,14,20, Agosto / 30 junio / 6,14,20, 29 Julio 2015.	Instituto Nacional del Cáncer. Vista en Comité Oncológico Adulto por Ca. Cervicó Uterino.					
11 Agosto 2015	Exámenes Laboratorio en el Instituto Nacional del Cáncer.					
13 Agosto 2015	Braquiterapia alta Intensidad					1° Brax.
7 Diciembre 2015	Instituto Nacional del Cáncer. Ingresó solicitud IC deriva: Unidad Alivio del Dolor al Hospital de San Antonio					IC el 2015 y atendida julio 2016.
7 Enero 2016	Radioterapia con Acelerador lineal de Alta Intensidad.					2° RX
18 Enero 2016	Citación consulta integral y exámenes de Laboratorio en Hospital San Antonio					Registro en SIGGES
21 Enero 2016	Tratamiento en el Instituto Nacional del Cáncer, Quimioterapia Recidiva Cáncer cervicouterino Invasor.					1° Quimio
11 Febrero 2016.	Tratamiento en el Instituto Nacional del Cáncer, Quimioterapia Recidiva Cáncer cervicouterino Invasor.					2° Quimio
1 Marzo 2016	Tratamiento en el Instituto Nacional del Cáncer, Quimioterapia Recidiva Cáncer cervicouterino Invasor.					3° Quimio



DEPTO. AUDITORÍA

21 marzo 2016	Exámenes Laboratorio en el Instituto Nacional del Cáncer,					
30 Marzo 2016	Tratamiento en el Instituto Nacional del Cáncer, Quimioterapia Recidiva Cáncer cervicouterino invasor.					4° Quimio
11 abril 2016	Exámenes de Laboratorio Varios; Instituto Nacional del Cáncer.					
20 Julio 2016		Unidad Alivio del Dolor Hospital de San Antonio.				Registro SIGGES. Paciente no tiene más registros en ficha clínica Rancagua.
25 Julio ,19 Agosto y 2 Septiembre 2016	Cuidados Paliativos; Unidad Alivio del Dolor Hospital de San Antonio.					
28 Septiembre 2016.				Fallece el 28 de septiembre 2016. Causa Cáncer cervicouterino Avanzado.	SIGGES Hospital Claudio Vicuña(San Antonio-Valparaíso) Alivio del Dolor y Cáncer Cervicouterino	Cierre del caso por Fallecimiento.

CASO N°171



DEPTO. AUDITORÍA

Exceptuados Fallecidos o con casos cerrados". Se pudo obtener la siguiente información:

2.- Pacientes consignados en la página 62 en la Tabla "Pacientes Cáncer en listado de Exceptuados Fallecidos o con casos cerrados". Se pudo obtener la siguiente información:

Fecha	Actividad/Antecedentes	IPD	Fecha Excepción de Garantía	Fallecimiento	Cierre de caso
12/08/2014.	Registros en Ficha Clínica indican ingreso al Hospital Regional de Rancagua derivado desde Hospital de Peumo por antecedentes de Obstrucción Intestinal el	19/02/2015 por alivio del dolor.		Paciente fallecido el 24 de abril del 2015	
13/08/2014	Informe de Biopsia indica como resultado Adenocarcinoma.				
21/12/2014.	Registros en Cartola Unificada de Pacientes indican registros de: Interconsulta de derivación desde Hospital de Peumo al Hospital Regional Rancagua para <u>Confirmación Diagnóstica</u> por Cáncer colorectal.				
11/12//2014	Presenta Garantías de Oportunidades con etapificación cumplida. (Inicio de garantía 11/12/2014; fin 26/01/2015)				
16/01/2015.	Interconsulta del Hospital Regional con derivación al comité oncológico.				
11/12/2014	Garantía Exceptuada <u>tratamiento primario</u> con fecha de inicio de la garantía 11/12/2014 y fin 12/01/2015 se	16	se verifica que tal Excepción fue ejecutada por <u>Indicación médica transitoria</u> debido a según detalle causal "paciente derivado a quimioterapia paliativa, por mal estado en que encuentra el paciente no se puede realizar en este momento la quimioterapia. Paciente en alivio del dolor" Dr. Javier Antonio Anabalón Ramos Ritt		



DEPTO. AUDITORÍA

**CASO N°1: EDAD=36 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
Diciembre 2014	Paciente de 36 años, inicia estudio en Extrasistema, por cuadro de plenitud gástrica.				
23-enero-2015	IC a Oncología y catéter por Cáncer Gástrico avanzado. En ficha no está Biopsia ni registro de Endoscopia. Se registra informe en ficha clínica: Lesión proliferativa y ulcerada en cuerpo gástrico sugerente de neoplasia.				
6-febrero-2015	16-2-2015, se inserta Catéter para Quimioterapia. Se deriva a Comité de Oncología para QMT Paliativa	6-2-2015 Por Cáncer gástrico avanzado Fundamento diagnóstico: Biopsia+TAC+Cuadro Clínico			
10-febrero-2015	En Hospital Santa Cruz	10-2-2015 Por Alivio del dolor			
3-marzo-2015			3-3-2015 exceptuar garantía por intervención Quirúrgica. Causa Médica transitoria, paciente derivado a QMT.		
20-abril-2015	4° ciclo de QMT				
19-mayo -2015				15-mayo-2015	NO/EN SISTEMA SE CIERRA CASO 31-agosto-2015

**CASO N°2. EDAD= 80 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
	En ficha clínica no				



DEPTO. AUDITORÍA

	hay registros con fecha posterior al 19 enero 2015				
5-febrero-2015		5-febrero-2015 Cáncer Gástrico Avanzado, Dg fundamentado con Gastroscofia, Biopsia, TAC Tórax: Metástasis Hepática			
			5 de febrero-2015 Por intervención quirúrgica		
		16-febrero-2015 Alivio del dolor(HdeRengo)			
22-mayo-2017				22-mayo-2015	Solo en sistema 27-mayo-2015

**Caso N°3 EDAD= 79 años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
23-marzo-2015	Endoscopia no está en ficha. TAC de Abdomen y Pelvis: Metástasis Hepática Fuera del alcance terapéutico. IC alivio del dolor.				
26-mayo-2015	Dg. Adenoma Tubular Gástrico, con Biopsia + Endoscopia, no están en ficha clínica informes correspondientes.	26-mayo-2015 Por Adenocarcinoma Tubular Gástrico. Fundamentado por Biopsia + endoscopia			
26-mayo-2015			26-5-2015 por intervención Quirúrgica. Causa Médica transitoria, programa alivio del dolor		
11-junio-2015		11-junio-2015 Alivio del dolor			
9-7-2015	Accidente Cerebrovascular	9-7-2015, fundamentado por TAC de Cerebro Evaluación por NC			
10-7-2015				10-7-2015	solo en sistema 28-7-2015

**CASO N°4: EDAD=73 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
8-enero-2015	Se registra en FC: EDA Lesión	8-1-2015 por Cáncer Gástrico			



DEPTO. AUDITORÍA

	ulcerada infiltrante BP: Adenocarcinoma tubular infiltrante.	avanzado Fundamentado por Biopsia+ Endoscopia			
9-febrero-2015			9-febrero-2015 Intervención Quirúrgica, paciente derivado a Quimioterapia.		
5-marzo-2015	Paciente no Tolera QMT.				
19-marzo-2015	Paciente decide no operarse. Paciente no tolera Quimioterapia.				
3-diciembre-2015				6-noviembre- 2015	En sistema 3-12- 2015, No en FC.

CASO N°5 EDAD=74 Años

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
7-mayo-2015	Interconsulta desde H de Graneros a Endoscopia Digestiva (EDA)				
13-mayo-2015	EDA; Esofagopatía congestiva y erosiva moderada a severa, Gastropatía congestiva erosiva, verrucosa moderada ulcerada angular mitótica, estenosis pilórica Síndrome Retención gástrica secundaria				
10-junio-2015	Informe de Biopsia: Úlcera Gástrica Anguio Gastritis Crónica Antral activa con metaplasia intestinal completa y erosión zona pilórica: Adenocarcinoma tubular gástrico, pobremente diferenciado, ulcerado con células en anillo de selio				
25-junio-2015	IC a cirujano HRLBO				
2-julio-2015		En ficha IPD Ca Gástrico Biopsia+EDA			
13-julio-2015	Paciente con Cáncer Gástrico	13-julio-2015 por Alivio del dolor			



DEPTO. AUDITORÍA

	con TAC de Abdomen y Pelvis que muestra Metástasis Hepática				
3-agosto-2015			3-agosto-2015, por Cirugía, causa transitoria Cuidados Paliativos		
10-agosto-2015				10-agosto-2015,	Si en ficha clínica 24-agosto-2015 y Sigges.

**CASO N°6 EDAD=73 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
29-abril-2015	IC desde CESFAM Baquedano por Cáncer Gástrico. Paciente con Lesión Neoplásica ulcerada con Biopsia Adenocarcinoma tubular gástrico Grado III Borrmann. Derivación para Tratamiento al HRLBO.				
7-mayo-2015	Policlínico de cirugía: EDA Adenocarcinoma Exámenes que no aparecen en ficha ni en anatomía Patológica.	7-mayo-2015: Cáncer Gástrico fundamentos diagnósticos: EDA + Biopsia			
28-mayo-2015	Paciente evoluciona con IRA				
3-junio-2015	IC HRLBO derivación para programa alivio del dolor				
4-junio-2015	Ingresa a programa Alivio del dolor, evaluación Psicóloga	4-6-2015 por alivio del dolor. Paciente fuera del alcance terapéutico.			
8-junio-2015	Evaluación por Psicóloga Programa alivio del dolor		8-junio-2015, por cirugía, indicación médica transitoria.		
9-junio-2015				9-junio-2015	Cierre en ficha 16-junio-2015, no está caso cerrado en Sigges



DEPTO. AUDITORÍA

**CASO N°7=74 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
13-abril-2015	Biopsia: Adenocarcinoma infiltrante poco diferenciado				
17-abril-2015		17-abril-2015 por Accidente Cerebro Vascular (ACV)			
28-abril-2015		28-abril-2015 Cáncer Gástrico			
28-mayo-2015			28-abril-2015 por intervención Quirúrgica, Indicación médica transitoria. Paciente derivado a Quimioterapia		
23-junio-2015	CA Gástrico avanzado, HTA, AC por FA en TACO	23-junio-2015 HSVT Cáncer Gástrico Avanzado. No aparece en FC.			
1° septiembre-2015	IC a cirugía para cardiopexy y unostomía.  Hospitalizado desde el 7 al 10 de septiembre para prótesis autoexpansible.  DG Post operatorio CA Irresecable.				
18-marzo-2016				18-marzo-2016	No en ficha, si en Sigges digitado 7-junio-2016

**CASO N° 8 EDAD= 72 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
22-mayo-2015	EDA: EN EXTRASISTEMA: Lesión infiltrante				



DEPTO. AUDITORÍA

	extensa con compromiso esofágico distal y región antral Proximal				
19-junio-2015	Oncología: Rx tx Norma, TAC Abdomen sin elementos de diseminación. Plan: IC a cirugía IPD.	19-6-2015: Cáncer Gástrico Fundamentado por Biopsia+ EDA + Cuadro Clínico			
2-julio-2015	Cirugía: Paciente derivado a QMT y luego Resección.				
14-julio-2015	Cáncer de esófago-Gástrico Carcinoma Mucinoso.				
20-julio-2015			20-julio-2015 por intervención Quirúrgica, causa médica transitoria por derivación paciente a QMT.		
13-octubre-2015	Se hospitaliza para instalación de catéter de Reservorio				
				20-9-2016	NO en FC si es sistema.

**CASO N°9 EDAD= 64 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
18-noviembre-2014	Biopsia: Neoplasia Maligna sólida poco diferenciada.				
2-diciembre-2014	IC a Oncología, dan hora para el 18-diciembre-2014				
2-enero-2015		2-enero-2015 por Cáncer Gástrico. No aparece en FC.			
19-enero-2015		19-enero-2015 Por alivio del dolor			
2-febrero-2015			2-febrero-2015, por intervención Quirúrgica, causa médica transitoria se deriva a QMT.		
28-abril-2015				28-abril-2015	En sistema 8-junio-2015. No en FC.

**CASO N°10 EDAD= 67 Años**



DEPTO. AUDITORÍA

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
24-marzo-2015	EDA; Gastropatía congestiva erosiva verrucosa moderada. Gastropatía Crónica Atrófica Duodenopatía congestiva y Granular.				
16-abril-2015	Informe Biopsia: Adenocarcinoma tubular in situ, metaplasia intestinal.				
30-junio-2015		IPD. Cáncer Gástrico, con Biopsia+ EDA			
30-julio-2015			30-julio-2015, por intervención Quirúrgica. Paciente se citó a mucosectomía y no se logra en las fechas 1 de julio, 27 de julio ni 20 de agosto 2015.		
17-septiembre-2015				17-septiembre-2015	Si en Sigges el 18-septiembre-2015. No en Ficha Clínica.
20-octubre-2015	En ficha Clínica se registra el día 20 de octubre-2015, paciente no se presenta				

**Caso N° 11 EDAD= 65 Años**

FECHA.	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
4-junio-2015		4-junio-2015 por Cáncer Gástrico			



DEPTO. AUDITORÍA

2-julio-2015	EDA: Lesión proliferativa, ulcerada y estenosante con compromiso esófago, gastropatía congestiva				
6-julio-2015			6-julio-2015, por intervención Quirúrgica, causa médica transitoria, derivación a QMT previa Gastrectomía.		
18-julio-2015	Se informa Biopsia: Neoplasia Esofágica, Adenocarcinoma bien diferenciado ulcerado.				
18 al 21 de agosto 2015	Se hospitaliza para Yeyunostomía				
15-octubre-2015	Se ingresó por Sonda Disfuncional.				
19-noviembre-2015		19-noviembre-2015 por Alivio del dolor			
10-septiembre-2016				10-septiembre-2016 cierre en Sigges y en FC 14-noviembre-2016.	

CASO N°12 EDAD= 57 Años

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
23-enero-2015	IC desde HSVT por observación de Cáncer Gástrico, paciente con				



DEPTO. AUDITORÍA

	disminución de peso 10 kg en un mes, disfagia, Síndrome consuntivo. Se solicita EDA.				
29-enero-2015	EDA: Lesión infiltrativa extensa corporal aspecto Mitótico Tipo Borrmann indeterminable				
3-febrero-2015	Informe Biopsia: Adenocarcinoma pobremente diferenciado rico en células de sello infiltrante ulcerado.	3-febrero-2015 por cáncer gástrico			
8-febrero-2015	Paciente se hospitaliza para Laparotomía exploradora eventual Gastrectomía Total				
9-febrero-2015	Laparotomía: Gran masa tumoral que compromete todo el estómago con compromiso tumoral del bazo, adherido a retroperitoneo adenopatías en periaórticos, no palpo nódulos en hígado, ascitis de leve cuantía. DG Post operatorio: Cáncer Gástrico Irreseccable. Se deja sonda Yeyunostomía				
2-marzo-2015		2-marzo-2015 por Alivio del Dolor			
5-marzo-2015			5-marzo-2015 por intervención quirúrgica, pcte derivada a QMT.		
				17-marzo-2015	NO en Ficha en Sigges si el 13-mayo-2015

**CASO N°13 EDAD=54 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
30-5-2015	EDA: Patología esofágica de				



DEPTO. AUDITORÍA

	reflujo;esofagitis erosiva distal de reflujo severa asociada a estenosis esofágica, ¿neo subyacente? Stop al paso del instrumento				
16-junio-2015	Biopsia; Adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado infiltrante				
23-junio-2015	Paciente además tenía dg de Esquizofrenia	23-junio-2015 por Cáncer Gástrico. No aparece en ficha			
15-julio-2015	Estenosis Neoplásica de esófago distal subcritica, hernia Hiatal tipo I				
23-julio-2015			23-julio-2015 por Intervención Quirúrgica, causa médica transitoria, paciente derivado a Quimioterapia+Radioterapia		
15 de sept al 13 octubre 2015	Se hospitaliza para prótesis esofágica				
2-diciembre 2015	Neoplasia esofágica avanzada con stent esofágico autoexpansible cubierto permeable ulcera del margen proximal del stent				
15-julio-2016		15-julio-2016 por Alivio del Dolor			
21-julio-2016				21-julio-2016	No en FC si en Sigges el 21 julio-2016

**CASO N°14 EDAD=89 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
8-mayo-2015	Con Ca Próstata desde 2014, sin Bp en ficha.	8-mayo-2015 por Cáncer de Próstata, tto Hormonoterapia			
8-mayo-2015	Etapificación		8-mayo-2015,		



DEPTO. AUDITORÍA

			causal médica transitoria, paciente no requiere etapificación.		
22-junio-2015	IC: Ca de Próstata, con metástasis ósea				
30-julio-2015	Ca Próstata, Insuficiencia Renal Crónica, dolor Crónico Nociceptivo, Arritmia Cardíaca	30-julio-2015 por alivio del dolor			
3-agosto-2015	Ingreso a programa alivio del dolor				
25-noviembre-2016				25-noviembre-2016	Si, 25-noviembre-2016 en sigges, en ficha 6-12-2016.

**CASO N°15 EDAD=62 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
4-MAYO-2015	Biopsia: Neoplasia maligna fusocelular pobremente diferenciada compatible con Sarcoma de Alto Grado de Mama Derecha.				
19-mayo-2015	UPM BP Core	19-mayo-2015, por Sarcoma Mama Derecha			
11-junio-2015	Comité Oncológico: Nódulo mama Derecha de gran tamaño compromete axila en continuidad, BC informa neoplasia maligna fusocelular pobremente diferenciada				
18-junio-2015			18-junio-2015, tratamiento mama derecha, transitorio, indicación médica. Paciente falta completar estudio, luego tratamiento de QMT.		
5-octubre-2015	Se realiza QMT y RT del 14 al 29-sept 2015, se analiza caso y debe operarse en				



**DÉPTO. AUDITORÍA**

10-mayo-2016	INC cx Miscelánea NO SE CUENTA CON DATOS DE CX EN FC.	10-mayo-2016 por Alivio del dolor			
13-mayo-2016	QMT				
24-junio-2016	QMT				
19-JULIO-2016	QMT				
28-agosto-2016				28-agosto- 2016	Si 28-agosto- 2016, 8-sept- 2016

**CASO N° 16 EDAD= 58 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
4-noviembre-2015		4-noviembre- 2015, por CACU sospecha de foco invasor			
4-diciembre-2015			4-diciembre-2015, tto CACU indicación médica transitoria falta completar estudio		
19-noviembre- 2015		19-noviembre- 2015 por CACU, ALIVIO DEL DOLOR.			
				26- NOVIEMBRE- 2015	Si 27-I-16

3.- Pacientes consignados en la página 62 y 63 en la tabla de "Listado de paciente con cierre de caso Cáncer". Del análisis de los cuatro casos se pudo obtener la siguiente información:

**CASO N° 11 EDAD= 50 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
7-abril-2015	PAP alterado H2T, SOSPECHOSO DE LESIÓN NEOPLÁSICA.			No fallecida	



DEPTO. AUDITORÍA

	Citar a Patología Cervical.				
17-abril-2015	Cervix Trófico prácticamente sellado, exocervix sin lesiones, PAP en seis meses.				
5-mayo-2015	Indic PAP en 6 meses	NIE 1			
4-junio-2015			4-junio-2015 indic médica transitoria NIE I en seguimiento		
2-noviembre-2015	PAP normal sin lesión				
22-agosto-2017	PAP Anual en policlínico				

**CASO N°15 EDAD= 45 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
8-septiembre-2017	No se cuenta con ficha clínica			No fallecida	
23-abril-2015	Paciente cursaba embarazo de 17 semanas, se cita post parto.	23-abril-2015 por Bp LIE AG			
23-abril-2015			23-abril-2015, indicación médica transitoria		
16-agosto-2017	Derivación de Requinoa a HRLBO por Nódulo mamario				

**CASO N° 26 EDAD=43 Años**

FECHA	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
10-septiembre-2015	Se toma PAP en CESFAM Requinoa				
16-septiembre-2015	Se recepción PAP H2T: Células escamosas atípicas, no puede descartarse lesión de alto grado citar			NO FALLECIDA	



DEPTO. AUDITORÍA

	a patología cervical para completar estudio				
19-octubre-2015	IC desde CESFAM Requinoa a UPC HRLBO				
23-octubre-2015	Ingreso a UPC: M1, MAC:Inyectable, Colposcopia satisfactoria, Bp Endometrio negativa. Leucorrea Tto con Metronidazol y control en 3 semanas.				
13-noviembre-2015			13-noviembre-2015, Confirmación Dg. Indicación médica transitoria, cervicitis en Tto. ATB		
24-noviembre-2015	Biopsia Endometrio de tipo Proliferativo, negativo para neoplasia maligna. Colposcopia 100%				
1-febrero-2016	Bp endometrio normal, Tomo PAP				
	Sin registros posteriores ni en ficha clínica.				

**CASO N° 51 EDAD= 53 Años**

FECHA.	ACTIVIDAD	FECHA IPD	FECHA EXCP GARANTÍA	Fecha Fallecimiento	CIERRE DE CASO en ficha
19-enero-2015	Desde CESFAM Requinoa se deriva a Servicio de Urgencia HRLBO: Paciente presenta sangramiento, algias pélvicas y dolor al sentarse.				
20-enero-2015	IC para				



DEPTO. AUDITORÍA

	Rectoscopia Consulta por dolor hipogastrio y sangramiento de 5 días de evolución				
21-enero-2015	Paciente no desea realizarse exámenes, solo bp y scanner, se le explica consecuencias, pero pcte insiste.				
21-enero-2015 29-enero-2015	Se toma PAP Informe: Neoplasia Intraepitelial Escamosa de alto Grado NIE III. Cervicitis Crónica, compromiso de células glandulares.				
4-febrero-2015	Bp NIE III	4-febrero-2015 por CACU			
23-marzo-2015		23-marzo-2015 por TEC			
24 Al 31-marzo- 2015	Hospitalizada en UCI HRLBO DG: S Urémico, AKI Post Renal, CACU Etapa III B ITU, Se logró buena hemodinamia, a solicitud e familia se da alta a domicilio.				
17-abril-2015		17-abril-2015 por Alivio del Dolor			
23-abril-2015				23-abril-2015	
19-mayo-2015					19-mayo-2015 en sigges

**IX RESULTADOS DETALLADOS DE LA AUDITORÍA.**

Resultados y hallazgos obtenidos de la información posible de recabar de ficha clínica y Sistema SIGGES:

1.- Del análisis de los pacientes fallecidos pesquisados en Tabla N°4 "Pacientes con garantías exceptuadas sin la prestación otorgada" se pudo obtener la siguiente información:

1.- Los casos analizados correspondieron a muestra seleccionada al azar en fecha Enero 2017, de pacientes en lista de Garantías exceptuadas, y son pacientes fallecidos por patología diagnosticada entre marzo 2015 a septiembre 2016.



DEPTO. AUDITORÍA

2.-A las pacientes con Cáncer cervico-uterino se les otorgaron las prestaciones de salud requeridas por su condición y estado de salud, es decir, el 100% cumplió con el Flujograma clínico que forma parte de la Guía Clínica correspondiente.

3.-Se observó cumplimiento de los criterios para ingresar pacientes al GES.

4.-Las pacientes con cáncer cervico-uterino se derivaron desde nivel primario a HRLBO para su tratamiento y desde éste al Instituto Nacional del Cáncer en Santiago, en casos que correspondía, por tal motivo se exceptúa administrativamente bajo causal de razones médicas transitorias; definición no descrita en la Circular IF/N°248 del 27 de julio 2015 ni en los ajustes de la Circular IF/288, del 6 Julio 2017. Alta Criticidad.

5.-De acuerdo a lo indicado por encargado GES se realizaron gestiones con FONASA y DSS para regularizar esta situación, sin embargo, no fue evidenciada ni por documentos ni correos de la jefatura de esa época. Alta Criticidad.

6.-En relación al CASO N°171, se puede referir que el fallecimiento del paciente fue aparentemente presentado por una causa natural de la enfermedad en estado terminal y no a causa de una ausencia de prestaciones médicas.

7.-En relación a los casos de Cáncer de Mama, la excepción de garantía se ejecutó en etapa de confirmación diagnóstica y en otro caso en etapa de tratamiento. Las causas en relación a la exceptuación son las siguientes: "falta completar estudio", "espera de resultados de Biopsia" y falta estudio de Resonancia". Es relevante indicar que las causas indicadas corresponden a decisiones expresadas por el profesional Médico. A lo cual se apega a lo indicado en circular IF/N° 248.

8.-Ausencia de formularios que describen causa de excepción de garantía archivados en ficha clínica, si se encuentra en SIGGES. Alta Criticidad.

**2.- Del análisis de los 16 pacientes registrados en página 62, Tabla "Pacientes Cáncer en listado de exceptuados fallecidos o con casos cerrados, casos 1 al 16, se pudo obtener la siguiente información:**

1.-Con la información analizada disponible en cada caso, es posible concluir que los pacientes fallecieron por la evolución natural de su enfermedad.

2.-Se pesquisó ausencia de informes de biopsias en ficha clínica, solo existía descripción del resultado de Biopsia. Alta Criticidad.

3.-Se pesquisó ausencia en ficha clínica de informe Proceso diagnóstico (IPD) Alta Criticidad.

4.-Se pesquisó ausencia de cierre de caso en ficha clínica, si en sistema SIGGES, en un caso N°6, no aparece cerrado en sistema SIGGES a la fecha de consulta de cartola Unificada de paciente (5-9-2017). Alta Criticidad.



#### DEPTO. AUDITORÍA

5.-Registros clínicos no actualizados, en CASO N° 10, con fecha 20-septiembre-2015 se registra paciente no se presenta a control médico, considerando que habla fallecido con fecha 17 de septiembre del 2015. Alta Criticidad.

6.-En CASO N°2, ficha clínica no tiene más registros después del 19-enero-2015, si hay datos de Cáncer gástrico en sistema SIGGES con posterioridad a esta fecha. Alta Criticidad.

7.- En caso N°12, se planifica Pabellón para Laparotomía exploradora y eventual Gastrectomía total, resultando ser un tumor irresecable, llama la atención que se exceptúa garantía por intervención quirúrgica con fecha 5 de marzo del 2015, paciente fallece el 17 de marzo del 2015. Alta Criticidad.

**3.- Del análisis de pacientes consignados en página 62 y 63 en la tabla "listado de paciente con cierre de caso Cáncer", se obtuvo la siguiente información.**

1.-De los cuatro casos consignados en la Tabla de referencia, solo una paciente correspondía a CASO N°51 de fallecimiento, que con los registros analizados, corresponde a la evolución propia de un Cáncer Cervico-uterino, que recibió la atención médica que la paciente aceptó.

De eventualmente, observarse que las excepciones respecto del cumplimiento de la garantía de oportunidad, hayan influido en el fallecimiento de las pacientes, las auditoras clínicas expresan su incompetencia para evaluar el caso, ya que obedece a competencia de profesional Médico Cirujano.

#### X.- RETROALIMENTACIÓN Y ASEGURAMIENTO AL PROCESO DE GESTIÓN DE RIESGOS.

- ✓ Al equipo de trabajo de la Unidad GES, que tenga a bien, dar cumplimiento a la Norma Técnica general administrativa respecto de la oportunidad de los registros vinculados con los registros clínicos encontrados en ficha clínica.
- ✓ La inducción de personal que ingresa a unidad debe formar parte de un "Programa de capacitación", capaz de unificar conocimientos de los aspectos administrativos del GES.
- ✓ Al equipo Médico capacitar o reiterar lo contenido en Reglamento de ficha Clínica (Decreto 41, fecha publicación: 15-diciembre-2012)

##### Título I

Artículo 2°.- *"La ficha Clínica es el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona.."*

Artículo 3°.- *"Toda persona tiene derecho a que quede constancia en la correspondiente ficha clínica de la información proveniente de las atenciones de salud que reciba de un prestador.....si se trata de información que puede entregarse en forma verbal deberá quedar constancia en la respectiva ficha clínica del hecho de haber sido proporcionada...."*

Artículo 5°*"La ficha clínica, cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborada en forma clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y secuencialmente".*



DEPTO. AUDITORÍA

**XI.-CONCLUSIÓN**

De la revisión efectuada, se concluye que:

En virtud de lo anterior, es recomendable que las observaciones incluidas en el cuerpo del presente informe sean consideradas por la Administración con el objeto de que se generen los procedimientos y mecanismos de control que permitan mitigar los riesgos identificados, con el fin de ejercer una eficaz y eficiente gestión administrativa en la Dirección del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins y la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, disminuyendo con ello los riesgos detectados por este departamento de Auditoría.

*[Handwritten signature]*

.....  
AUDITOR CLÍNICO LUCIA REFUSTA

.....  
AUDITOR CLINICO PAMELA AHUMADA

*[Handwritten signature]*

.....  
AUDITOR CLÍNICO ANA PAVEZ

.....  
AUDITOR CLÍNICO PATRICIA GONZALEZ



*[Handwritten signature]*

.....  
JOSÉ ANTONIO CRISTI LEÓN  
(S) DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA

