



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

DAA N° 2.436/2015

UCE N° 2

REFS.: N°s 212.372/2015
212.530/2015
214.589/2015

REMITE INFORME FINAL QUE INDICA.

SANTIAGO, 08. SET 2015. 071992

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, el Informe Final N° 426, de 2015, debidamente aprobado, sobre auditoría a los procesos de trasplante y procuramiento de órganos en el Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna.

Saluda atentamente a Ud.,

POR ORDEN DEL CONTRALOR GENERAL
PRISCILA JARA FUENTES
ABOGADO
Jefe División de Auditoría Administrativa

RTE
ANTECED



AL SEÑOR
AUDITOR INTERNO
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA
PRESENTE



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

PTRA N° 13.202
UCE N° 2

INFORME FINAL N° 426, DE 2015, SOBRE
AUDITORÍA A LOS PROCESOS DE
TRASPLANTE Y PROCURAMIENTO DE
ÓRGANOS EN EL HOSPITAL DOCTOR
LUIS CALVO MACKENNA.

SANTIAGO, 09 SEP 2015

En cumplimiento del plan anual de fiscalización de este Organismo de Control para el año 2015, y en conformidad con lo establecido en los artículos 95 y siguientes de la ley N° 10.336, de Organización y Atribuciones de la Contraloría General, y 55 del decreto ley N° 1.263, de 1975, Orgánico de Administración Financiera del Estado, se efectuó una auditoría al proceso de trasplante de órganos realizado en el Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna, en adelante, HLCM e indistintamente Hospital o Centro Hospitalario, incluyendo el procuramiento y donación gestionadas por el Hospital del Salvador, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. El equipo que ejecutó la fiscalización fue integrado por el señor Ricardo Morales Valenzuela y la señora Victoria Montenegro Núñez, auditor y supervisora, respectivamente.

ANTECEDENTES GENERALES

El Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna es un centro docente asistencial público, que presta diversos servicios de consulta de especialidades, de urgencia y de hospitalización quirúrgica y médica para la Red Oriente, y para todo el país en patologías de alta complejidad. A partir del 31 de enero de 2010, tiene la calidad de establecimiento autogestionado, y fue acreditado en calidad de salud a contar del 27 de agosto de 2014, según consta en la resolución exenta IP/N° 1.172, de la Superintendencia de Salud.

Al precitado establecimiento le son aplicables, entre otras normas, el decreto N° 38, de 2005, del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, que sanciona el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, y el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, de esa misma cartera de Estado, que Fija el Texto, Refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469.

Por otra parte, en cuanto a la materia auditada, el artículo 1° del decreto N° 35, de 2013, del MINSAL, que aprueba el Reglamento de la ley N° 19.451, que Establece Normas sobre Trasplante y Donación

A LA SEÑORITA
PATRICIA ARRIAGADA VILLOUTA
CONTRALORA GENERAL DE LA REPÚBLICA (S)
PRESENTE

Contralor General de la República
Subrogante



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

de Órganos, señala que un trasplante consiste en un proceso que involucra el procuramiento y extracción de un órgano de una persona viva o muerta y su posterior implantación en el cuerpo de un receptor.

A su vez, el artículo 14 de dicho texto reglamentario añade que toda persona mayor de dieciocho años será considerada, por el solo ministerio de la ley, como donante de sus órganos una vez fallecida, a menos que en vida haya manifestado su voluntad de no serlo; para ello, el Servicio de Registro Civil e Identificación, SRCel, mantiene una aplicación electrónica denominada Registro Nacional de No Donantes.

En este sentido, en caso de existir duda sobre lo descrito en el párrafo anterior, un familiar deberá autorizar, por escrito, la extracción del o los órganos del fallecido.

Asimismo, es dable precisar que el artículo 17 del citado decreto N° 35, señala que la muerte de una persona se acreditará mediante la certificación unánime e inequívoca de un equipo médico, en que uno de los integrantes deberá desempeñarse en el campo de la neurología o neurocirugía.

De esta forma, conforme lo establecido en el artículo 27 del decreto N° 35, antes mencionado, se desprende que los órganos y tejidos que pueden ser trasplantados desde un donante en muerte cerebral son riñones, hígado, corazón, pulmones, intestinos, entre otros, sin embargo, la presente revisión se centró en los dos primeros casos.

En este contexto, cabe hacer presente que la auditoría se efectuó en el Hospital de Niños Doctor Luis Calvo Mackenna, centro asistencial que solo realiza el trasplante, sin embargo, dada la naturaleza del proceso fiscalizado, que también incluye procuramiento, esta se complementó con validaciones efectuadas en los siguientes centros hospitalarios públicos de la región metropolitana: Hospital de Urgencia Asistencia Pública, Complejo Hospitalario San José y Hospital Barros Luco Trudeau.

OBJETIVO

La fiscalización tuvo por objeto verificar que el proceso de trasplante, tanto en su etapa de procuramiento de órganos extraídos de personas fallecidas, efectuado en hospitales o Servicios de Salud de la Región Metropolitana, como el trasplante de órganos en el Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2014, se haya efectuado de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.451, que Establece las Normas sobre Trasplantes y Donación de Órganos y su reglamento, contenido en el ya citado decreto N° 35, de 2013, de Salud.

Asimismo, comprobar la veracidad, fidelidad y autenticidad de la documentación de respaldo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 95 y siguientes de la ley N° 10.336, y 55 del decreto ley N° 1.263, de 1975, ambas disposiciones ya citadas.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

METODOLOGÍA

El examen se practicó de acuerdo con la metodología de auditoría de este Organismo Fiscalizador y con los procedimientos de control sancionados por la resolución exenta N° 1.485, de 1996, de este origen, considerando los resultados de las evaluaciones de control interno respecto de las materias examinadas, determinándose la realización de pruebas de auditoría en la medida que se estimaron necesarias.

UNIVERSO Y MUESTRA

Según los antecedentes proporcionados por la entidad fiscalizada, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014, el Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna efectuó 42 trasplantes de órganos provenientes de personas fallecidas, de los cuales 13 fueron de hígado y 29 de riñones, correspondientes a 38 pacientes, los que fueron revisados en un 100%.

Asimismo, de tales trasplantes, se examinaron 5 procurados por el Hospital del Salvador.

La información utilizada para desarrollar la revisión de las fichas clínicas fue proporcionada por el Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna y los demás centros hospitalarios ya mencionados, siendo puestos a disposición de esta Contraloría General a partir del 18 de marzo de 2015.

RESULTADO DE LA AUDITORÍA

Cabe precisar que, con carácter confidencial, mediante el oficio N° 51.340, de 26 de junio de 2015, fue puesto en conocimiento del Director del HLCM, el preinforme de observaciones N° 426, de ese mismo año.

Asimismo, a través de los oficios confidenciales N°s 51.341, 51.342 y 51.343, todos de 2015, se informó al Hospital de Urgencia Asistencia Pública, el Complejo Hospitalario San José y el Hospital Barros Luco Trudeau, respectivamente, las observaciones contenidas en el referido preinforme, que competen a cada uno de ellos.

Lo anterior, con la finalidad que se formularan los alcances y precisiones que a su juicio procedieran, lo que se concretó mediante los oficios que se detallan en el cuadro siguiente, cuyos antecedentes y argumentos han sido considerados para elaborar el presente informe final. Debe anotarse que el Hospital Barros Luco Trudeau no dio respuesta en el plazo concedido al efecto, por lo que este documento se emite con prescindencia de dicho antecedente.

P

7



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

SERVICIO	N° DE OFICIO CGR	FECHA DE OFICIO CGR	N° DE OFICIO DE RESPUESTA	FECHA DE RECEPCIÓN OFICIO DE RESPUESTA
Hospital Luis Calvo Mackenna	51.340	26-06-2015	1.310	28-07-2015
Hospital de Urgencia Asistencia Pública	51.341		372	14-07-2015
Complejo Hospitalario San José	51.342		484	14-07-2015
Hospital Barros Luco Trudeau	51.343		Sin respuesta	

Del examen practicado, se determinaron las siguientes situaciones:

I. ASPECTOS DE CONTROL INTERNO

1. Informalidad de la Unidad de Trasplantes.

Se constató que no ha sido creada de manera formal la Unidad de Trasplantes del Centro Hospitalario auditado, por lo tanto, no aparece como dependencia administrativa dentro del respectivo organigrama, aun cuando en la práctica se encuentra funcionando.

Lo expuesto, no se condice con lo dispuesto en el numeral 45 de la resolución exenta N° 1.485, de 1996, que Aprueba las Normas de Control Interno de la Contraloría General, en cuanto a que el control interno debe incluir datos sobre la estructura y políticas de una institución.

En su respuesta, el Director del HLCM reconoce lo objetado, señalando la creación de la Unidad de Trasplante en un plazo máximo de tres meses.

Atendido lo expuesto, este Organismo Contralor mantiene la objeción formulada, por no constar la efectividad de la medida enunciada por la autoridad.

2. Carencia de Manual.

El Establecimiento no cuenta con un manual de procedimientos de trasplante de órganos debidamente aprobado, donde estén contenidas la descripción de las diversas actividades; en la práctica, las enfermeras de la Unidad de Trasplantes han elaborado un protocolo técnico que no se encuentra sancionado por la Dirección del Hospital.

Lo anterior, se aparta de lo dispuesto en el numeral 45 de la resolución exenta N° 1.485, de 1996, ya citada, en cuanto a que los procedimientos de control deben estar consignados en manuales de operación.

La Dirección del Hospital manifiesta que para dar solución a lo objetado, dictará la resolución que aprueba el Manual para la Unidad



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

de Trasplante, que contendrá la descripción de los procesos y los respectivos cargos del personal, lo que será implementado en el plazo antes señalado de tres meses.

No obstante la acción informada por el hospital, y en atención a que aún no se ha implementado, se mantiene la observación formulada.

3. Falta de descripción de cargos.

Se advirtió la carencia de descripción de cargos de los funcionarios que trabajan en la Unidad de Trasplantes, como es el caso de las enfermeras.

Lo anterior, no se condice con lo dispuesto en el numeral 45 de la referida resolución exenta N° 1.485, de 1996, en relación a que el control interno debe incluir datos sobre la estructura y políticas de una institución.

Sobre este punto, la autoridad superior del Centro Hospitalario reitera que dictará una resolución que apruebe el Manual para la citada unidad, el que contemplará la descripción de cargos del personal.

En consideración a que es una medida de implementación futura, se mantiene la objeción.

4. Falta de capacitación del personal vinculado con trasplantes.

El hospital no ha consignado en su Programa Anual de Capacitación, PAC, materias relacionadas con los trasplantes hepáticos y renales, durante los últimos 3 años. Asimismo, la Jefa de la Unidad de Capacitación indica que en los meses de noviembre y diciembre de 2014 se efectuó un proceso de detección de necesidades de capacitación, sin reportarse requerimientos sobre trasplantes de órganos para ser considerados durante el proceso del año 2015.

Lo anterior, no se condice con lo establecido en artículo 17 de la ya citada ley N° 18.575, que indica que la Administración del Estado asegurará la capacitación y el perfeccionamiento de su personal, conducentes a obtener la formación y los conocimientos necesarios para el desempeño de la función pública, como tampoco se aviene con lo indicado en los numerales 31 y 58 de la antes mencionada resolución exenta N° 1.485, de 1996, de este origen, que señala que el personal debe recibir el adiestramiento metódico y práctico y la capacitación necesarias para minimizar los errores, el despilfarro y los actos ilícitos.

En su respuesta, el Director del HLCM reconoce lo objetado, y agrega que será incorporado el tema de trasplantes en el plan anual de capacitación, solicitando a la Subdirectora de Desarrollo de las Personas que agregue esta materia en la planificación del año 2016, medida que, al igual que en los casos anteriores, tiene un plazo de implementación de tres meses.

Sin perjuicio de la acción correctiva enunciada, se mantiene la observación, por no constar la efectiva implementación de la medida informada por el servicio.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

5. Inexistencia de informes de auditoría interna sobre trasplantes.

La Unidad de Auditoría del Establecimiento no ha efectuado revisiones al proceso de trasplantes, tanto hepáticos como renales, que permitan verificar el funcionamiento de las rutinas técnicas y administrativas de ese tópico a una fecha dada.

Lo anterior, se aparta de lo dispuesto en los artículos 3° y 5°, de la referida ley N° 18.575, que consignan que la Administración debe observar en su actuar, entre otros principios, el de control, y que las autoridades y funcionarios deben velar por la eficiente e idónea administración de los medios públicos. Del mismo modo, tampoco se condice con lo dispuesto en el numeral 57 de la resolución exenta N° 1.485, de 1996, de esta Contraloría General, en relación a que debe existir una supervisión permanente de todas sus funciones para el logro de los objetivos del control interno.

La Dirección del HLCM manifiesta que la referida materia será agregada al plan anual de auditoría, lo que quedará formalizado en un plazo de tres meses.

No obstante la medida enunciada por el hospital, se mantiene la observación, toda vez que la acción informada es de materialización futura.

6. Falta de actualización y omisión de la normativa legal en la emisión de las resoluciones exentas.

Se comprobó que las resoluciones exentas N°s 3.693 y 213, de 2010 y 2012, respectivamente, ambas emitidas por la Dirección del Hospital, citan en los vistos la legislación que a la fecha de la generación de tales documentos se encontraba derogada. En efecto, se menciona la resolución N° 55, de 1992, de la Contraloría General, que fuera sustituida por la N° 1.600, de 2008, que Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón.

Del mismo modo, se advirtió que las resoluciones exentas N°s 1.962, de 2013 y 417, de 2014, omiten la citada resolución N° 1.600, de 2008.

La falta de control en la confección y revisión de las resoluciones transgrede lo previsto en el artículo 3°, de la ya referida ley N° 18.575, en lo atinente al principio de control. Del mismo modo, tampoco se condice con lo dispuesto en el numeral 57 de la referida resolución exenta N° 1.485, de 1996, de esta Contraloría General, en relación a que debe existir una supervisión permanente de todas sus funciones para el logro de los objetivos del control interno.

La Jefatura Superior del Centro Hospitalario indica que actualizará la normativa interna, de acuerdo a la legalidad vigente, además de la creación de plantillas de resolución, en el mismo plazo señalado en el numeral anterior.

De conformidad con lo expuesto, este Organismo de Control mantiene la observación, por no constar la acción correctiva dispuesta.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

7. Falencias en el formato y contenido de las fichas clínicas.

De la revisión practicada a las historias clínicas de los pacientes trasplantados del centro hospitalario en el transcurso de los años 2013 y 2014, se desprenden las siguientes observaciones:

a) Las hojas denominadas "Evolución Clínica", que sirven para anotar las diversas atenciones otorgadas a los pacientes por el hospital y que forman parte de las historias clínicas, no se encuentran numeradas en forma correlativa, lo que impide conocer con exactitud, si las respectivas fichas contienen la totalidad de las hojas mencionadas.

b) En la carátula de las historias clínicas de pacientes del centro hospitalario que tienen más de un tomo, no se incorpora el dato referido al período que comprenden los antecedentes clínicos archivados. A modo de ejemplo se puede citar el caso de las historias N^{os} 129204, 96510 y 200728, lo que impide identificar las fichas de forma expedita y rápida.

c) Se verificó la inexistencia de las firmas de los profesionales responsables de la intervención quirúrgica, en los protocolos operatorios de los trasplantes realizados en el hospital, que están adjuntos a las fichas clínicas. Tal situación ocurrió en los casos de las fichas N^{os} 247780, 258093, 236423, 246512, 235934, 239879, 261512 y 263797.

Lo expuesto anteriormente, no se condice con los artículos 3° y 5°, de la ley N° 18.575, ya citada, los que consignan que la Administración debe observar en su actuar el principio de control y que las autoridades y funcionarios deben velar por la eficiente e idónea administración de los medios públicos. Tampoco se ajusta a lo indicado en el artículo 5° del decreto N° 41, de 2012, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Sobre Fichas Clínicas, el que indica que la ficha clínica, cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborada en forma clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y secuencial.

Al respecto, el Director del HLCM, informa que el establecimiento cuenta con un "Protocolo de Manejo y Resguardo de Ficha Clínica", aprobado por resolución exenta N° 417, de 6 de marzo de 2014, de ese hospital, vigente hasta el año 2018, que en estos momentos está sometido a un proceso de actualización, y que en su punto V, definiciones, señala que la Ficha Clínica es un instrumento obligatorio que registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, cuya finalidad es la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente, la que deberá ser confidencial, única y exclusiva, y tiene el carácter de documental, siendo electrónico solo el boletín de atención de urgencias, BAU.

Agrega que no se contempla la obligatoriedad de foliación de la ficha clínica, ni el registro de los tomos de dicho instrumento, pero sin perjuicio de ello se agregará el período que cubra la ficha, cuando exista más de un tomo, como medida correctiva.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Pese a lo informado por el Hospital, se mantienen las observaciones formuladas en las letras a) y b), por no constar la medida enunciada, y la de la letra c), atendido que el establecimiento no dio respuesta a su respecto.

II. EXAMEN DE LA MATERIA AUDITADA

De la revisión a los trasplantes efectuados en el centro hospitalario y los procuramientos realizados por el Hospital del Salvador, provenientes de personas fallecidas en los hospitales Barros Luco Trudeau, de Urgencia Asistencia Pública y Complejo Hospitalario San José, se desprendieron las siguientes observaciones:

1. Carencia de una Unidad de Procuramiento de Órganos.

Se constató la inexistencia de una Unidad de Coordinación de Procuramiento de Órganos en el HLCM, que efectúe todas las actividades relacionadas con los eventuales donantes hasta la respectiva extracción, dado que en la práctica tal proceso está radicado en el Hospital del Salvador, lo que contraviene el numeral 9, del artículo 3°, del decreto N° 35, de 2013, del Ministerio de Salud, ya mencionado, que indica que los establecimientos que efectúen trasplantes deberán, entre otras exigencias, disponer de dicha unidad, que cuente al menos con un profesional a cargo.

Sobre el particular, la Dirección del Centro Hospitalario informa la creación, o bien, la homologación de la Unidad de Procuramiento de Órganos para trasplantes, mediante la dictación de la respectiva resolución, además de designar a un funcionario responsable, lo que ocurrirá en el transcurso de tres meses.

Al igual que en casos anteriores, se mantiene la observación por no constar la materialización de la medida enunciada.

2. Registros incompletos de trasplantes.

Se estableció que el profesional médico que efectúa el trasplante de órganos no aparece consignado en los archivos denominados "maestra trasplante renal" y "maestra trasplante hepático", que lleva la Unidad de Trasplantes, situación que no se ajusta a lo dispuesto al punto 2, del artículo 4°, del decreto N° 35, de 2013, ya citado, que señala que los hospitales y clínicas de atención cerrada que efectúen trasplantes de órganos deberán mantener un registro actualizado que indique, entre otras anotaciones, el nombre del médico cirujano que realiza el trasplante.

Sobre el particular, el Director del HLCM reconoce la observación, indicando que su corrección se hará a través de memo dirigido al funcionario responsable del registro, para la complementación de aquellas



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

fichas de pacientes trasplantados durante el año 2015, además, se completarán aquellos que presentan deficiencias de información.

No obstante lo expuesto, se mantiene la objeción planteada, por no haberse acreditado la implementación de la medida enunciada por el HLCM.

3. Falta de documento para ingresar a lista de receptores del Instituto de Salud Pública de Chile, ISP.

Se advirtió que el establecimiento no emite un documento que consigne la decisión de la respectiva jefatura de ingresar a los pacientes a la lista de receptores que maneja el ISP, situación que vulnera lo indicado en el artículo 3° de la ley N° 19.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, que señala que las decisiones escritas que adopte la Administración deben expresarse por medio de actos administrativos.

En su respuesta la autoridad superior del HLCM, indica que emitirá el documento que consigne la decisión de la jefatura para ingresar al paciente a la lista de espera de receptores que maneja el ISP, lo que será formalizado mediante memo, además será incorporado en el Manual de la Unidad de Trasplante.

En virtud de lo expuesto, se mantiene la observación toda vez que no consta la implementación de las acciones informadas.

4. Carencia de formulario para incorporar paciente a lista de receptores.

No se emite un documento por parte del hospital donde se deje constancia que las personas que representan al paciente están de acuerdo en que este sea ingresado a la lista de receptores de órganos que administra el ISP.

Lo anterior, en contravención a lo establecido en el artículo 16, 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, que consigna que "La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte..."

En su contestación el Director del Centro Hospitalario manifiesta que en el plazo de tres meses, se confeccionará un documento que deje consignada la constancia de las personas que representan al paciente que están de acuerdo para que sean ingresados a la lista de receptores de órganos que administra el ISP, lo que también será considerado en el ya citado Manual.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Al respecto, al no constar la efectiva incorporación del aludido formulario en el referido Manual, se mantiene la observación.

5. Falta de actualización legal en formulario.

Se evidenció que la normativa citada en el formato denominado "anexo D" que se exige como antecedente a llenar para realizar una donación de órganos, no está actualizada, toda vez que dicho documento alude al artículo 22 del decreto N° 656 de 1996, del Ministerio de Salud, ex Reglamento de la ley N° 19.451, el cual fue derogado por el decreto N° 35, de 2013, del MINSAL, debiendo, por tanto, citarse el artículo 19 de ese último instrumento, que es el precepto vigente en la materia de que se trata.

Lo anterior, se aparta del principio de control establecido en el artículo 3° de la ya referida ley N° 18.575.

En su respuesta, el Director del Centro Hospitalario señala la actualización de las fuentes legales en los documentos relacionados con la donación de órganos, mediante la elaboración de un nuevo documento que también será incorporado en el Manual de la Unidad.

No obstante la respuesta, se mantiene la observación por tratarse de una acción futura cuya concreción no consta.

6. Llenado incompleto del formulario denominado "Informativo de trasplante, tanto renal como hepático".

Este formulario está destinado a dar a conocer al representante del paciente que el tratamiento más indicado es el trasplante, ya sea renal o hepático, para lo cual se le entrega la información pertinente sobre la materia y si está de acuerdo tendrá que firmarlo en señal de consentimiento para la respectiva intervención quirúrgica.

Sobre el particular, se constató que, en algunas oportunidades, dicho formulario no se llena con todos los datos requeridos, omitiéndose la anotación de la fecha y/u hora, además, en ciertas ocasiones no aparece identificado el médico y la enfermera responsables del consentimiento informado, o no se anota la información de los profesionales antes indicados en el mencionado documento, según se aprecia en el Anexo N° 1.

La situación descrita transgrede lo consignado en el artículo 6°, del decreto N° 41, de 2012, del MINSAL, ya mencionado, el cual establece que los citados expedientes deberán contener, entre otros, el registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud recibidas, consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica. Igualmente señala que deberán contener las decisiones adoptadas por el paciente respecto de su atención, tales



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

como consentimiento informado, rechazos de tratamiento, solicitud de alta voluntaria, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales.

Sobre el particular el Director indica que instruirá a los funcionarios en el llenado del mencionado documento.

Sin perjuicio de la medida informada por el Hospital, procede mantener la observación, por cuanto las situaciones objetadas corresponden a hechos consumados no susceptibles de regularización.

7. Carencia del formulario de consentimiento de operación.

Se advirtió que el documento denominado "Consentimiento Informado para Practicar Procedimientos de Intervenciones" para trasplantes de órganos, no estaba adjunto en las historias clínicas, lo que queda ilustrado en las fichas N^{os} 229.399, 255.519, 246.365, 262.126, 251.716, 81.074, 222739 y 225.524, situación que no se condice con lo previsto en la letra h), del numeral 7, de la resolución exenta N^o 1.962, de 2013, de la Dirección del citado establecimiento, que señala que una vez firmado el consentimiento informado, el médico o el profesional que lo aplica deberá archivar el documento en la Ficha Clínica del paciente, quedando sometido a la confidencialidad que rige a tal instrumento.

La autoridad del establecimiento señala que el hospital cuenta con un "Protocolo Aplicación y registro de consentimiento informado", aprobado por resolución exenta N^o 1.962, de 18 de octubre de 2013, vigente hasta el año 2015, que da cumplimiento a lo solicitado en el proceso de acreditación, que en su página 4 contempla que la responsabilidad de aplicar el consentimiento es del médico o profesional que realiza el procedimiento, y que en sus páginas 6 y 7 indica las formas y datos mínimos de llenado. Al respecto, agrega la factibilidad de contar con una autorización expresa dentro del consentimiento informado único.

No obstante lo expresado por la entidad, este Organismo Contralor mantiene la objeción planteada, por cuanto su respuesta no se refiere a la observación específica, cual es que tales documentos no estaban adjuntos en las mencionadas fichas clínicas.

8. Falencias en el procuramiento de órganos.

De la revisión efectuada a las fichas de los pacientes y a la documentación adjunta, se determinaron las siguientes observaciones:

8.1. Complejo Hospitalario San José.

Se advirtió que en la Unidad de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos del Complejo Hospitalario San José no se ha habilitado un registro de extracciones con los datos requeridos en el Reglamento sobre Trasplantes y Donaciones de Órganos, situación que se aparta de lo indicado en el último inciso del artículo 3^o del decreto N^o 35, 2013, del Ministerio de Salud, ya



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

citado, referido a que los hospitales que efectúen extracción de órganos destinados a trasplantes deberán mantener un registro actualizado en que se consignen los siguientes datos: Individualización tanto del donante como del equipo médico, diagnóstico de la muerte, órganos extraídos y fecha de la intervención quirúrgica. Además, ello no se condice con el principio de control consignado en el artículo 3° de la ley N° 18.575, antes mencionada.

Al respecto, el Director de dicho hospital indica que el registro de extracciones de órganos y tejidos estaba en formato papel, lo que derivó en actualizarlo y llevarlo a formatos digitales, en planilla excel y en el sistema de donantes del Ministerio de Salud, SIDOT.

Pese a las acciones informadas por el referido centro asistencial, no constando la existencia de los aludidos registros, se mantiene la observación formulada.

8.2. Hospital de Urgencia Asistencia Pública, HUAP.

Se estableció que en los casos de los donantes W.C.E., M.C.S. y M.J.J., cuyos órganos fueron extraídos en el HUAP, no se confeccionó el respectivo formulario indicado en el anexo D, que forma parte de la documentación médico legal para la donación de órganos, según las orientaciones técnicas de procuramiento de órganos y tejidos para trasplante remitidas por el oficio Ord. C27 N° 3254, de 17 de septiembre de 2014, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En su respuesta, el Director del hospital manifiesta que los RUT N°s 10.849.XXX-X, 12.084.XXX-X y 15.089.XXX-X, correspondientes a los casos observados, fallecieron por enfermedad, conforme lo diagnosticaron los médicos que certificaron sus decesos en las respectivas fichas clínicas.

Sin perjuicio de lo informado por la autoridad del centro asistencial, cabe señalar que los antecedentes adjuntos dan cuenta que para los tres casos se diagnosticó muerte encefálica. Al respecto, es dable señalar que el referido anexo D tiene por objeto, precisamente, certificar la muerte encefálica de un potencial donante, en los términos y bajo las condiciones que se exigen en los artículos 11 de la ley N° 19.451 y 17 de su reglamento; y no como lo indica el HUAP, quien argumenta que el mismo debería expedirse para acreditar la autorización del fiscal del Ministerio Público y la existencia del informe del Servicio Médico Legal en los casos en que exista una investigación penal en curso y/o se trate del hallazgo de un cadáver, en la forma que prescribe el artículo 22 de ese mismo texto reglamentario. En virtud de todo lo anterior se mantiene la observación.

8.3. Hospital Barros Luco Trudeau.

Se verificó que en el caso del paciente M.E.Z. del Hospital Barros Luco Trudeau, que corresponde a aquellos casos en que, según lo indicado en los artículos 199 y 201 del Código Procesal Penal, la muerte del paciente donante dio origen a una investigación judicial, no se cuenta con una constancia escrita de la autorización otorgada por el Fiscal para realizar la extracción de los



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

órganos en la ficha clínica y sus anexos, no obstante la existencia de un formulario firmado por el médico legista.

Al no existir tal documentación no se puede acreditar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 12 de la referida ley N° 19.451, el cual establece que será necesaria la autorización del Fiscal para destinar el cadáver a las finalidades previstas en dicha ley.

De igual manera, tal situación vulnera lo previsto en el artículo 6° del decreto N° 41, de 2012, del MINSAL, ya mencionado, en cuanto a que dicho registro debe contener la totalidad del historial clínico de la persona fallecida.

El establecimiento respectivo no dio respuesta a la objeción aludida, por ende, ella se mantiene.

III. OTRAS OBSERVACIONES

1. Falta de actualización del plazo en las respuestas a los denunciantes.

Se constató que el protocolo de Gestión de Información, Sugerencias, Felicitaciones y/o Reclamos de la OIRS, que se encuentra sancionado mediante la resolución exenta N° 3.693, de 18 de noviembre de 2010, del Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna, contempla 20 días hábiles como plazo para entregar las respuestas a los denunciantes, en circunstancias que el que corresponde es de 15, según se establece en el artículo 11 del decreto N° 35, de 2012, del Ministerio de Salud, sobre el Procedimiento de Reclamo de la ley N° 20.584, ya citada.

A este respecto, el Director del HLCCM indica que se actualizará la normativa que regula el trabajo de la OIRS, añadiendo la socialización del procedimiento.

Pese a lo expresado por el Hospital, se mantiene la observación formulada, por cuanto no se acredita la modificación respectiva.

2. Demora en respuesta de reclamos.

Se verificó que la respuesta al reclamo efectuado por el paciente C.C.C., fue otorgada en 48 días hábiles, en relación a la respectiva solicitud, incumpléndose el plazo establecido en el referido decreto N° 35, de 2012, del Ministerio de Salud, cuyo artículo 11 prevé que el plazo para emitir la respuesta a los reclamos será de 15 días hábiles, contados desde el día hábil siguiente a su recepción, dentro del cual el prestador reclamado deberá responder con los antecedentes de que disponga.

Sobre el particular, el establecimiento da la misma respuesta consignada en el punto 1 del presente acápite, relativa a la



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

actualización de la normativa y la socialización del procedimiento, lo cual será formalizado mediante un nuevo Protocolo de Gestión OIRS.

En consideración a que se trata de una situación consolidada no susceptible de regularizar, se mantiene la observación.

3. Formulario de registro de solicitud ciudadana incompleto.

Se constató que el folio N° 240, de 23 de septiembre de 2014, presentado por el señor A.G., no consigna el dato relativo a la "Fecha Probable de Respuesta", como tampoco la firma del interesado, lo que se aparta de lo estipulado en el numeral 46 de la resolución exenta N° 1.485, de 1996, de la Contraloría General, ya mencionada, referido a la completitud y exactitud de la documentación que sustenta las transacciones y hechos, a objeto de facilitar su seguimiento.

Sobre el particular, la autoridad del establecimiento señala la misma respuesta dada en el punto 1 del presente acápite, en razón de lo cual se mantiene la observación, por cuanto se trata de una situación consolidada no susceptible de regularizar.

CONCLUSIONES

Atendidas las consideraciones expuestas durante el desarrollo del presente trabajo, los Hospitales Luis Calvo Mackenna (HLCM), Complejo Hospitalario San José, y de Urgencia Asistencia Pública, han aportado antecedentes e iniciado acciones, sin embargo, ello no ha permitido salvar las observaciones planteadas en el Preinforme de Observaciones N° 426, de 2015. A su turno, el Hospital Barros Luco Trudeau, no emitió respuesta, lo cual obliga a mantener la objeción referida al mismo.

Al respecto, se deberán adoptar medidas con el objeto de dar estricto cumplimiento a las normas legales y reglamentarias que las rigen, entre las cuales, se estima necesario considerar, a lo menos, las siguientes:

Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna

1. Acerca de lo objetado en el capítulo I, Aspectos de Control Interno, numerales 1, 2 y 3, Informalidad de Unidad de Trasplante, Carencia de Manual y Falta de descripción de cargos, el Hospital deberá formalizar la creación de la Unidad, sancionar el manual de procedimientos de trasplantes y definir los cargos de las personas que ejerzan funciones en la citada unidad, lo cual deberá acreditar a esta Contraloría General en el plazo de 60 días hábiles, contado desde la recepción del presente informe.

Respecto del punto 4, del aludido capítulo, Falta de capacitación del personal vinculado con trasplantes, el Centro Hospitalario



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

deberá contemplar dicha materia en el plan anual de capacitación 2016, y acreditarlo a este Organismo de Control en el plazo antes anotado.

En lo referido al numeral 5, Inexistencia de informes de auditoría interna sobre trasplantes, deberá incluir en su plan anual de auditoría la revisión del proceso de trasplantes, e informar a este Órgano de Control en el plazo de 60 días hábiles.

En relación con lo indicado en el punto 6, del mismo acápite, Falta de actualización y omisión de la normativa legal en la emisión de las resoluciones exentas, la entidad deberá actualizar la normativa interna y acreditar la creación de las plantillas de resolución en el ya anotado término.

Ahora bien, en lo concerniente al numeral 7, Falencias en el formato y contenido de las fichas clínicas, letras a) y b), el establecimiento asistencial deberá enumerar en forma correlativa las hojas de evolución clínica para garantizar la integridad de la ficha clínicas e incluir en las carátulas de los historiales que tienen más de un tomo, el período que comprenden los antecedentes archivados, acciones que serán verificadas en futuras auditorías. En cuanto a la letra c), corresponde que se obtenga y registre la firma de los profesionales responsables de la intervención quirúrgica en el caso de las fichas objetadas, lo que deberá ser acreditado en el plazo de 60 días hábiles antes indicado.

2. En lo atinente al capítulo II, Examen de la Materia Auditada, numeral 1, Carencia de una Unidad de Procuramiento de Órganos, el establecimiento deberá acreditar su creación u homologación y la designación de un funcionario responsable, en el señalado término de 60 días hábiles.

En lo concerniente al numeral 2, Registro incompleto de trasplantes, el HLCM deberá acreditar el estado de avance de la regularización que informó instruiría efectuar al funcionario encargado, respecto de la inclusión del nombre del profesional médico en los registros maestros de trasplantes, tanto hepático como renal, en el plazo ya anotado.

Respecto a lo señalado en el numeral 3, Falta de documento para ingresar a lista de receptores del Instituto de Salud Pública de Chile, ISP, el Hospital deberá acreditar la emisión e implementación del documento referido al ingreso de los pacientes a la lista de espera, además de su incorporación en el Manual de la Unidad de Trasplante, en el aludido plazo de 60 días hábiles.

En cuanto al punto 4, del referido capítulo, Carencia de formulario para incorporar paciente a lista de receptores, el centro hospitalario deberá elaborar e implementar un formulario que permita dejar constancia de la voluntad para incorporarse a la lista de espera que mantiene el ISP, lo que deberá acreditarse en el término ya citado.

Sobre el numeral 5, del aludido capítulo, Falta de actualización legal del formulario, la entidad deberá actualizar las fuentes legales del anexo D, que constituye un antecedente en la donación de órganos, mediante la



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

elaboración de un nuevo documento e incorporarlo en el Manual de la Unidad, situación que deberá ser acreditada en el plazo ya citado de 60 días hábiles.

En cuanto a lo señalado en el numeral 6, Llenado incompleto del formulario denominado "Informativo de trasplante, tanto renal como hepático", el Hospital deberá instruir a los funcionarios sobre el adecuado llenado del documento, situación que será validada por esta Contraloría General en una futura auditoría sobre la materia.

Sobre lo observado, en el punto 7, Carencia del formulario de consentimiento de operación, el HLCM deberá adoptar las medidas necesarias para que, en lo sucesivo, el aludido consentimiento se adjunte en las respectivas fichas clínicas, lo que será verificado en futuras auditorías que se practiquen sobre la materia.

3. En lo concerniente al capítulo III, Otras Observaciones, numeral 1, sobre Falta de actualización del plazo en las respuestas a los denunciados, el Establecimiento Asistencial deberá actualizar dicho plazo de respuesta en el manual de la OIRS, hecho que deberá ser acreditado en el ya citado plazo de 60 días hábiles.

Respecto a lo indicado en el numeral 2, sobre Demora en respuesta de reclamos por parte de la OIRS, el Centro Hospitalario deberá establecer los mecanismos de control necesarios tendientes a responder en forma oportuna los reclamos ingresados a la oficina respectiva, lo que será verificado en futuras auditorías.

En lo que toca al numeral 3, Formulario de registro de solicitud ciudadana incompleto, deberá velar por el efectivo e íntegro llenado de los datos del formulario de registro de solicitud ciudadana, lo que también será validado en una próxima fiscalización.

Complejo Hospitalario San José

En lo atinente al capítulo II, Examen de la Materia Auditada, numeral 8.1, el Complejo Hospitalario San José deberá acreditar la implementación del registro de extracciones de órganos y tejidos en el plazo de 60 días hábiles contados desde la recepción del presente informe.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

En lo que se refiere al capítulo II, Examen de la Materia Auditada, numeral 8.2, Ficha procuramiento del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, en lo sucesivo, ese establecimiento deberá utilizar el citado anexo D, como antecedente respaldatorio en la ficha de los pacientes por muerte encefálica, lo que será verificado en futuras auditorías que se practiquen sobre la materia.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Hospital Barros Luco Trudeau

En lo relativo al capítulo II, Examen de la Materia Auditada, numeral 8.3, el Hospital Barros Luco Trudeau deberá adjuntar el documento emitido por el Fiscal para autorizar la extracción de los órganos del donante M.E.Z., en el término ya señalado.

Finalmente, para todas aquellas observaciones que se mantienen, los referidos hospitales deberán remitir el "Informe de Estado de Observaciones" de acuerdo al formato adjunto en el Anexo N° 2, en un plazo máximo de 60 días hábiles, contado desde la recepción del presente informe, comunicando las medidas adoptadas y acompañando los antecedentes de respaldo respectivos.

Transcríbese a la señora Ministra de Salud, a la Subsecretaria de Redes Asistenciales, al Director del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, al Auditor Ministerial de Salud, al Director y Auditora Interna del Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna, al Director y Auditora Interna del Complejo Hospitalario San José, al Director y Auditor Interno del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, al Director y Auditora Interna del Hospital Barros Luco Trudeau y a las Unidades Técnica de Control Externo y de Seguimiento de la División de Auditoría Administrativa, todas de esta Contraloría General.

Saluda atentamente a Ud.,

PRISCILA JARA FUENTES
ABOGADO
Jefe División de Auditoría Administrativa



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 1

FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INCOMPLETOS

Número de Ficha Clínica	Sin consignar hora	Carencia de fecha	Sin identificar el médico responsable	Sin identificar la enfermera responsable
229. XXX	X			
231. XXX	X		X	X
255. XXX		X	X	X
254. XXX				X
258. XXX	X	X	X	X
200. XXX				X
78. XXX	X			X
230. XXX			X	
129. XXX	X			
136. XXX				X
239. XXX	X			
225. XXX			X	
246. XXX	X			
236. XXX	X	X		X
96. XXX				X
186. XXX	X	X		
249. XXX				X
233. XXX	X	X		X
181. XXX	X			
245. XXX	X			
235. XXX				X
239. XXX			X	X
261. XXX	X		X	X
258. XXX	X			X
263. XXX	X			X

Fuente: Fichas clínicas de los pacientes trasplantados en los años 2013 y 2014, que fueron proporcionadas por la Dirección del Hospital Doctor Luis Calvo Mackenna.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 2

INFORME DE ESTADO DE OBSERVACIONES IF 426/15

N° DE OBSERVACIÓN	MATERIA DE LA OBSERVACIÓN	REQUERIMIENTO PARA SUBSANAR LA OBSERVACIÓN SOLICITADA POR LA CONTRALORÍA GENERAL EN EL INFORME	MEDIDA IMPLEMENTADA Y SU DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO	FOLIO O NUMERACIÓN DOCUMENTO DE RESPALDO	OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS DE LA ENTIDAD
HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA					
Capítulo I, Aspectos de Control Interno, numeral 1	Informalidad de la Unidad de Trasplantes.	El Hospital deberá sancionar formalmente la creación de la unidad, lo cual deberá acreditar a esta Contraloría General en el plazo de 60 días hábiles, contado desde la recepción del presente informe.			
Capítulo I, Aspectos de Control Interno, numeral 2	Carencia de Manual.	El Centro Hospitalario deberá sancionar el Manual de Procedimientos de Trasplantes de Órganos a través del respectivo acto administrativo, lo que deberá informar en el plazo antes indicado.			
Capítulo I, Aspectos de Control Interno, numeral 3	Falta de descripción de cargos.	El HILCM deberá definir los cargos de las personas de la Unidad de Trasplantes, lo cual deberá acreditar en el ya citado plazo de 60 días hábiles.			

[Handwritten signature]



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

N° DE OBSERVACIÓN	MATERIA DE LA OBSERVACIÓN	REQUERIMIENTO PARA SUBSANAR LA OBSERVACIÓN SOLICITADA POR LA CONTRALORÍA GENERAL EN EL INFORME	MEDIDA IMPLEMENTADA Y SU DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO	FOLIO O NÚMERICACIÓN DOCUMENTO DE RESPALDO	OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS DE LA ENTIDAD
Capítulo I, Aspectos de Control Interno, numeral 4	Falta de capacitación del personal vinculado con trasplantes.	El Centro Hospitalario deberá contemplar dicha materia en el plan anual de capacitación 2016, informando documentadamente a este Organismo de Control en el plazo antes anotado.			
Capítulo I, Aspectos de Control Interno, numeral 5	Inexistencia de informes de auditoría interna sobre trasplantes.	El Hospital deberá incluir en su plan anual de auditoría la revisión del proceso de trasplantes, informando al respecto en el plazo de 60 días hábiles.			
Capítulo I, Aspectos de Control Interno, numeral 6	Falta de actualización y omisión de la normativa legal en la emisión de las resoluciones exentas.	La entidad deberá actualizar la normativa interna y acreditar la creación de las plantillas de resolución en el ya anotado plazo de 60 días hábiles.			
Capítulo I, Aspectos de Control Interno, numeral 7, letra c)	Faltencias en el formato y contenido en las fichas clínicas.	El HLCM deberá obtener y registrar la firma de los profesionales responsables de la intervención quirúrgica en el caso de las fichas objetadas, acreditándolo en el plazo de 60 días antes indicado.			

④



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

N° DE OBSERVACIÓN	MATERIA DE LA OBSERVACIÓN	REQUERIMIENTO PARA SUBSANAR LA OBSERVACIÓN SOLICITADA POR LA CONTRALORÍA GENERAL EN EL INFORME	MEDIDA IMPLEMENTADA Y SU DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO	FOLIO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE RESPALDO	OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS DE LA ENTIDAD
Capítulo II, Examen de la Materia Examinada, numeral 1	Carencia de una Unidad de Procuramiento de Órganos.	El Centro Hospitalario deberá acreditar su creación u homologación en el hospital y la designación de un funcionario responsable, informando de todo ello a este Organismo de Control, en el plazo de 60 días hábiles, contado desde la recepción del presente informe.			
Capítulo II, Examen de la Materia Examinada, numeral 2	Registros incompletos de trasplantes.	El Hospital deberá acreditar el estado de avance de la regularización que informó instruiría efectuar al funcionario encargado, respecto de la inclusión del nombre del profesional médico en los registros maestros, tanto hepático como renal, e informar documentalmente a esta Entidad de Control en el plazo ya indicado.			
Capítulo II, Examen de la Materia Examinada, numeral 3	Falta de documento para ingresar a la lista de receptores del Instituto de salud Pública de Chile, ISP.	El HLCM deberá acreditar la emisión e implementación de la instrucción referida al ingreso de los pacientes a la lista de espera, además de su incorporación en el Manual de la Unidad de Trasplante, todo ello en el término ya referido.			
Capítulo II, Examen de la Materia Examinada, numeral 4	Carencia de formulario para incorporar paciente a lista de receptores.	El Centro Hospitalario deberá elaborar e implementar un formulario que permita dejar constancia de la voluntad para incorporarse a la lista de espera que tiene el ISP, lo que deberá acreditarse en el ya referido plazo de 60 días hábiles.			



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

N° DE OBSERVACIÓN	MATERIA DE LA OBSERVACIÓN	REQUERIMIENTO PARA SUBSANAR LA OBSERVACIÓN SOLICITADA POR LA CONTRALORÍA GENERAL EN EL INFORME	MEDIDA IMPLEMENTADA Y SU DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO	FOLIO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE RESPALDO	OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS DE LA ENTIDAD
Capítulo II, Examen de la Materia Examinada, numeral 5	Falta de actualización legal del formulario	La entidad deberá actualizar las fuentes legales del anexo D, que constituye un antecedente en la donación de órganos, mediante la elaboración de un nuevo documento e incorporarlo en el Manual de la Unidad, situación que deberá ser acreditada en el plazo ya citado de 60 días hábiles.			
Capítulo III Otras Observaciones, numeral 1	Falta de actualización del plazo en las respuestas a los denunciadores.	El HLCM deberá actualizar dicho plazo de respuesta en el manual de la OIRS, hecho que deberá ser acreditado en el ya citado término de 60 días hábiles.			

Complejo Hospitalario San José

Capítulo II, Examen de la Materia Examinada, numeral 8, punto 8.1	Falencia en el Procuramiento de órganos.	El establecimiento deberá acreditar el registro de extracciones de órganos y tejidos que fue implementado en el referido establecimiento, en el plazo de 60 días hábiles contados desde la recepción del presente informe.			
---	--	--	--	--	--



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Hospital Barros Luco Trudeau

<p>Capítulo II, Examen de la Materia Examinada, punto numeral 8, punto 8.3</p>	<p>Carencia de constancia escrita de la autorización otorgada por el Fiscal para realizar la extracción de los órganos en la ficha clínica y sus anexos.</p>	<p>El centro hospitalario deberá adjuntar el documento emanado por el Fiscal para autorizar la extracción de los órganos del donante M.E.Z., dentro del aludido plazo.</p>			
--	--	--	--	--	--