

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
División de Auditoría Administrativa
Área de Salud, Agricultura y Medio Ambiente

Informe Final

Fondo Nacional de Salud



Fecha : 05 de septiembre de 2011
Nº Informe : 65/2011



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

D.A.A. N° 1391/2011

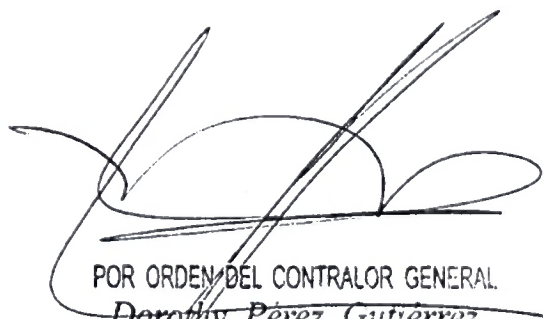
REMITE INFORME FINAL N° 65 DE 2011,
SOBRE EXAMEN DE CUENTAS A LAS
TRANSFERENCIAS EFECTUADAS POR EL
FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA.

SANTIAGO, 05. SET 11 *056111

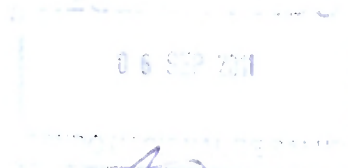
Cumplo con enviar a Ud., para su conocimiento y fines consiguientes, copia del Informe Final señalado en el epígrafe, con el resultado de la auditoría practicada por funcionarios de esta División en la Entidad de la referencia.


Sobre el particular, corresponde que ese Servicio implemente las medidas señaladas, cuya efectividad, conforme a las políticas de esta Contraloría General sobre seguimiento de los programas de fiscalización, se comprobarán en una próxima visita a la Entidad.

Saluda atentamente a Ud.,


POR ORDEN DEL CONTRALOR GENERAL
Dorothy Pérez Gutiérrez
ABOGADO SUBJEFE
DIVISIÓN DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA

AL SEÑOR
DIRECTOR
FONDO NACIONAL DE SALUD
PRESENTE
PBO/eig




16 45



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

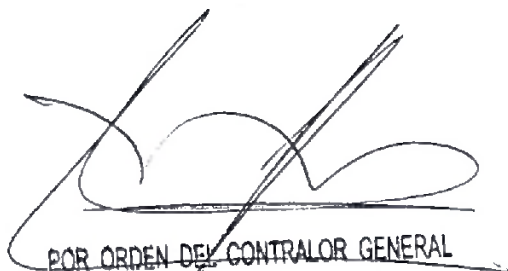
D.A.A. N° 1394/2011

REMITE INFORME FINAL N° 65 DE 2011,
SOBRE EXAMEN DE CUENTAS A LAS
TRANSFERENCIAS EFECTUADAS POR EL
FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA

SANTIAGO, 05.SET.11*056113

Cumplo con enviar a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final señalado en el epígrafe, con el resultado de la auditoría practicada por funcionarios de esta Contraloría en la Entidad de la referencia.

Saluda atentamente a Ud.,



POR ORDEN DEL CONTRALOR GENERAL
Dorothy Pérez Gutiérrez
ABOGADO SUBJEFE
DIVISION DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA

A LA SEÑORA
AUDITORA INTERNA
FONDO NACIONAL DE SALUD
PRESENTE
PBO/eig



RTE
ANTECED

06 SEP 2011


1645



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

D.A.A. N° 1390/2011

REMITE INFORME FINAL N° 65 DE 2011,
SOBRE EXAMEN DE CUENTAS A LAS
TRANSFERENCIAS EFECTUADAS POR EL
FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA

SANTIAGO, 05 SET 11 • 056110

Cumplo con enviar a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final señalado en el epígrafe, con el resultado de la auditoría practicada por funcionarios de esta Contraloría en la Entidad de la referencia.

Saluda atentamente a Ud.,

RAMIRO MENDOZA ZUÑIGA
CONTRALOR GENERAL DE LA REPÚBLICA

AL SEÑOR
MINISTRO DE SALUD
PRESENTE
PBO/eig

RTE
ANTECED





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

D.A.A. N° 1393/2011


REMITE INFORME FINAL N° 65 DE 2011,
SOBRE EXAMEN DE CUENTAS A LAS
TRANSFERENCIAS EFECTUADAS POR EL
FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA

SANTIAGO, 05. SET 11 *056112

Cumplo con enviar a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final señalado en el epígrafe, con el resultado de la auditoría practicada por funcionarios de esta Contraloría en la Entidad de la referencia.

Saluda atentamente a Ud.,




POR ORDEN DEL CONTRALOR GENERAL
Dorothy Pérez Gutiérrez
ABOGADO SUBJEFE
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA

A LA SEÑORA
AUDITORA MINISTERIAL
MINISTERIO DE SALUD
PRESENTE
PBO/eig



RTE
ANTECED



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

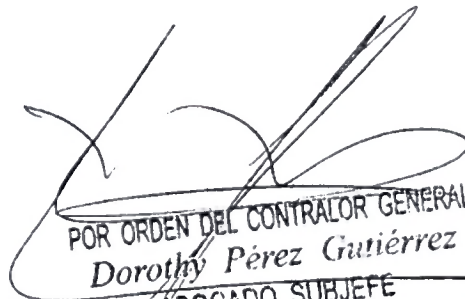
D.A.A. N° 1392/2011

REMITE INFORME FINAL N° 65 DE 2011,
SOBRE EXAMEN DE CUENTAS A LAS
TRANSFERENCIAS EFECTUADAS POR EL
FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA

SANTIAGO, 05. SET 11 *056114

Cumplo con enviar a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final señalado en el epígrafe, con el resultado de la auditoría practicada por funcionarios de esta Contraloría en la Entidad de la referencia.

Saluda atentamente a Ud.,


POR ORDEN DEL CONTRALOR GENERAL
Dorothy Pérez Gutiérrez
ABOGADO SUBJEFE
DIVISIÓN DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA

A LA SEÑORA
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE
PRESENTE
PBO/eig

RTE
ANTECED





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

PMET N° 13.113

INFORME FINAL N° 65 DE 2011, SOBRE
EXAMEN DE CUENTAS A LAS
TRANSFERENCIAS EFECTUADAS POR EL
FONDO NACIONAL DE SALUD, FONASA

SANTIAGO, - 5 SET. 2011

En cumplimiento del plan de fiscalización de esta Contraloría General para el año 2011, se efectuó una auditoría relacionada con las Transferencias a los Servicios de Salud del Programa de Prestaciones Valoradas, PPV, en el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2010.

Objetivo

La auditoría tuvo por finalidad verificar que las transferencias se hayan realizado conforme a lo establecido en la ley de presupuestos del año 2010, de acuerdo a los convenios suscritos por el Fonasa con los Servicios de Salud y con lo estipulado en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469. Asimismo, tuvo por objeto comprobar la veracidad y fidelidad de las cuentas, de acuerdo con la normativa contable; la autenticidad de la documentación de respaldo acorde a lo establecido en el decreto ley N° 1.263, de 1975, Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado, en la ley N° 10.336, Orgánica de esta Entidad de Fiscalización, en la resolución N° 759, de 2003, de esta Contraloría General y, el cumplimiento del control de legalidad de los actos administrativos, según la resolución N° 1.600, de 2008, de este Órgano de Control.

Metodología

El examen se efectuó de acuerdo con la Metodología de Auditoría de este Organismo Superior de Control e incluyó, por lo tanto, una evaluación de control interno y pruebas selectivas de los registros y documentos emitidos, así como la aplicación de otros medios técnicos que se estimaron necesarios en las circunstancias.

A LA SEÑORA
SUBJEFA DE LA DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
PRESENTE
VVS / VMN

Contraloría General
de la República



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Universo y muestra

En el presupuesto del año 2010 del Fonasa, se consultaron recursos para Transferencias del Programa de Prestaciones Valoradas, PPV, a nivel nacional, por un total de \$ 694.634.401.000.

La presente auditoría se efectuó en el Nivel Central del Fonasa y la revisión se circunscribió a los recursos transferidos al Servicio de Salud Metropolitano Occidente, SSMO, los cuales ascendieron a \$ 39.637.890.000, para el período 2010, cifra que representa un 5,7%. También el examen consideró los pagos efectuados por el citado Servicio, por la suma de \$ 49.788.791, por los contratos suscritos en virtud del decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.

Antecedentes generales

El Fondo Nacional de Salud, Fonasa, es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se encuentra desconcentrado en 5 Direcciones Regionales. Se vincula con el Ministerio de Salud mediante la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales debe someterse en el ejercicio de sus actividades. Integra el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Se rige por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, en el cual se establecen, entre otras materias, las funciones de recaudar, administrar y distribuir los recursos percibidos en virtud de la ley de presupuestos del sector público.

En relación con la materia bajo análisis, cabe señalar, que el Fonasa suscribe anualmente convenios de prestación de servicios sobre atenciones de salud, con los distintos Servicios de Salud del país, los cuales se comprometen a ejecutar, a favor de los beneficiarios del Régimen contemplado en el libro II, del referido decreto con fuerza de ley, a través de la red asistencial correspondiente, las atenciones contenidas en los programas de prestaciones valoradas y en el programa de prestaciones institucionales, PPI.

Las transferencias para el PPV contemplan recursos para financiar, entre otros, los programas de reducción de brechas; prestaciones complejas o seguro catastrófico; Garantías Explícitas de Salud, GES; Urgencias, camas críticas y atención prehospitalaria; salud mental y otras valoradas. Asimismo, se entregan fondos destinados para el pago de las prestaciones otorgadas en virtud de los contratos suscritos en el marco del decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, que establece Normas que Regulan los Convenios que celebren los Servicios de Salud con otras Entidades, relativos a las acciones de salud que a dichos Servicios les corresponde ejecutar.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Las observaciones determinadas en el examen fueron expuestas en el Preinforme de Observaciones N° 65, de 2011, de esta Contraloría General, remitido, en lo que corresponde, al Director del Fondo Nacional de Salud y a la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, mediante oficios N°s 26.821 y 29.420, ambos de 2011, respectivamente, para que formularan los alcances y precisiones que a su juicio procedieran, lo que se concretó mediante oficios Ords. N°s 1A/ 7930, y 832, de 2011, antecedentes que fueron considerados para la emisión del presente Informe Final.

I. EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

Auditoría Interna.

Durante el año 2010 el Departamento de Auditoría Interna del Fonasa practicó auditorías a las Direcciones Regionales Norte, Centro Norte y Sur, cuyo objetivo principal era evaluar la labor realizada por cada Dirección respecto a los subprocesos de convenios y productos con prestadores en la modalidad de atención institucional, gestión de solicitudes ciudadanas y la planificación y ejecución del Plan de Fiscalización de Prestaciones. La última auditoría relacionada con transferencias se realizó en septiembre del año 2007. Cabe señalar, que en ese entonces la tarea de análisis de la facturación estaba radicada en las Direcciones Regionales, a través de sus encargados comerciales, situación que cambió a partir del año 2010, donde dicha función fue concentrada en el Nivel Central del Fonasa.

Al respecto, en su oficio de respuesta el Director señala que para el año 2011, está planificada una auditoría al Proceso de Pagos de Prestaciones médica y pecuniaria, la cual consiste en la revisión y análisis del cumplimiento de las condiciones contractuales por parte de los prestadores públicos.

II. EXAMEN DE CUENTAS

1. Convenios y cumplimiento de glosa presupuestaria.

En el año 2010 el Fonasa suscribió en total 32 convenios, en los cuales se incluyen atenciones de salud para el Programa de Prestaciones Valoradas y para el Programa de Prestaciones Institucionales, de los cuales, 29 fueron suscritos con los distintos Servicios de Salud del país y 3 con los Establecimientos Experimentales de Salud: Hospital Padre Hurtado, CRS Maipú y CRS Cordillera, emitiéndose las respectivas resoluciones exentas que aprueban los mismos.

En los contratos se definen las actividades comprometidas y los valores asociados a financiar, para cada una de ellas. Asimismo, se establece que el Fonasa transferirá y pagará a los Servicios de Salud las actividades efectivamente realizadas.

Para tales efectos, los datos se obtienen del Sistema de Información de Garantías Explícitas de Salud, Siggas, de los registros del Sistema Resumen Estadístico Mensual, REM, y en el caso de las actividades efectuadas en virtud de los convenios conforme al citado decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, de la información remitida en medios magnéticos a las Direcciones Regionales.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Igualmente, en los contratos se dispone que es de responsabilidad de cada Servicio de Salud distribuir y transferir a los establecimientos de su dependencia los recursos comprometidos, todo lo cual debe ser informado al Fonasa y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Del examen efectuado, se desprendieron las siguientes observaciones:

a) Se comprobó que el Fonasa no envió copia de los convenios suscritos con los Servicios de Salud a la Dirección de Presupuestos; obligación establecida en la Glosa 01, de la ley de presupuestos año 2010, Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Programa Prestaciones Valoradas y que debe cumplirse dentro de los 10 días siguientes a la fecha de su suscripción. Cabe señalar, que los convenios fueron firmados el 31 de enero de 2010.

b) La resolución exenta que aprobó los Aranceles 2010 y sus modificaciones para el PPV, se emitió el 11 de mayo de 2010; evidenciándose un atraso en su emisión, ya que, de acuerdo a lo establecido en la ley N° 20.407, de Presupuestos del Sector Público, año 2010, Partida 16, Capítulo 02, Programa 03, Glosa 01, del Programa de Prestaciones Valoradas, debió dictarse a más tardar el 31 de enero de 2010.

c) El análisis del convenio suscrito con el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, aprobado mediante resolución exenta 2C/N° 2495, de 13 de mayo de 2010, del Fonasa, determinó que este último no informó las evaluaciones de la actividad desarrollada durante el año 2010 a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, lo cual, no concuerda con lo establecido en la cláusula sexta del convenio, que señala que el Fondo realizará evaluaciones, considerando los períodos cronológicos trimestrales acumulados de dicho año, esto es, enero a marzo, enero a junio, enero a septiembre y de enero a diciembre, cuyos resultados serán informados por el Fonasa a la Subsecretaría de Redes, los días 30 de cada mes siguiente a la fecha de corte.

d) También se comprobó que el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, sólo remitió información a la Dirección Regional del Fonasa sobre la actividad y gasto ejecutado de los contratos suscritos con la Fundación Rodrigo Zaldívar Larraín y el Instituto Oncológico Dr. Caupolicán Pardo Correa; faltándole por informar otros 11 convenios, suscritos al amparo del citado DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud. Anexo N° 1.

Sobre este acápite, el Director en su respuesta indicó, en relación con lo observado en la letra a) que envió copia de los convenios a la Dirección de Presupuestos, Dipres, del Ministerio de Hacienda, adjuntando como respaldo la resolución exenta N° 2C/N° 2195, de 2010, que aprueba el convenio con el SSMO, no obstante, no acompaña el documento mediante el cual conste el envío de tales antecedentes; por lo tanto, se mantiene la observación.

En relación al atraso observado en la aprobación de los aranceles 2010, el Director informa que la Institución dio cumplimiento a lo establecido en la ley de presupuestos, ya que, dicho arancel lo remitió a la Dipres el 21 de enero de 2010 para su aprobación, trámite que demoró, por parte de esa entidad, hasta el mes de mayo de ese año, por lo que, a esa fecha, Fonasa pudo formalizar la autorización mediante resolución exenta N° 348, de 2010, del Ministerio de Salud.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Si bien la respuesta del Director explica la situación acaecida, no puede constituir un eximente cabal de la responsabilidad del Fonasa en el atraso en la dictación de la resolución exenta que apruebe los aranceles 2010, puesto que también le corresponde velar por el cumplimiento de la ley de presupuestos, por lo que se mantiene la observación.

En cuanto, a que no fueron informadas las evaluaciones de la actividad desarrollada por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el Director en su escrito admite que efectivamente no se entregó esa información, explicando, que se debió a los cambios de autoridad y de estructura tanto en el Fonasa como en la Subsecretaría, sin embargo, menciona, que para este año se han establecido las coordinaciones correspondientes para cumplir con los plazos estipulados en los respectivos convenios.

Por último, acerca de los once convenios que no habría informado el precitado Servicio de Salud, el Director indica que el Fonasa financia solamente dos convenios bajo el amparo del DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, y que corresponden a los suscritos con la Fundación Rodrigo Zaldívar Larraín y el Instituto Oncológico Dr. Caupolicán Pardo Correa. Por lo tanto, se da por superada la situación observada.

2. Transferencias del PPV al Servicio de Salud Metropolitano Occidente

De acuerdo al "Informe de las Transferencias del Fonasa, al Sistema Nacional de los Servicios de Salud, a diciembre de 2010", proporcionado por el Subdepartamento de Programación Financiera, se advirtió que en los meses de enero y julio de 2010, el monto transferido al referido Servicio de Salud superó en un 49,84% y en un 63,73%, respectivamente, a la duodécima parte del presupuesto establecido para este Servicio. En tanto, en diciembre de ese mismo año, se transfirió una cantidad menor.

Cabe señalar, que el criterio de pagar como tope hasta la duodécima parte por mes, es una práctica utilizada habitualmente por el Fondo, no obstante no encontrarse consignada en los convenios suscritos en enero de 2010. Para el caso del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, esta condición quedó regularizada en el Adendum de octubre de 2010, sin embargo, dicho documento no se encuentra firmado por el Director de ese Servicio, por lo que no tiene validez.

Por otra parte, de acuerdo a los registros, se observa un monto de \$ 573.205.000, que figura como aumento de presupuesto; sin embargo, no fue posible corroborar que dicho movimiento presupuestario se encuentre tramitado ante la Dirección de Presupuestos.

Por último, se detectaron inconsistencias entre lo comunicado por el Subdepartamento de Programación Financiera del Fonasa y los datos obtenidos de los comprobantes contables, emitidos por el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado, SIGFE. En el primer caso, se indica que el monto global de las Transferencias PPV al Servicio de Salud Metropolitano Occidente asciende a \$ 41.622.566.100 y, en el segundo, el monto total sería de \$ 40.153.842.000; quedando una diferencia sin explicar de \$ 1.468.724.100. Anexo N° 2.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Sobre este acápite, el Director manifiesta, en lo principal, que las transferencias superaron lo presupuestado, debido a que, en el mes de enero de 2010, se sumaron los recursos correspondientes a la liquidación del programa GES año 2008-2009 y en el mes de julio de 2010 se anticipó la remesa para que se solventaran los pagos pendientes que tenía el Servicio. Además, menciona que a partir de octubre de 2010, se comunicó a todos los Servicios de Salud del nuevo mecanismo de pago implementado por el Fonasa, para las transferencias por PPV y que se define como pago por actividad efectivamente realizada con liquidación mensual.

Respecto del Adendum no formalizado, señala que por extravío del documento en el Servicio de Salud y luego por el cambio de la autoridad no se había recepcionado dicho antecedente, quedando regularizado en mayo pasado.

En relación a los \$ 573.205.000, que figuraban como aumento presupuestario en los registros del Fondo y, que durante la auditoría no se obtuvo el respectivo decreto modificatorio, dicho antecedente se hizo llegar en esta oportunidad - decreto N° 1433, de 25 de noviembre de 2010, del Ministerio de Hacienda -, por lo que, el alcance formulado queda subsanado.

En cuanto a la diferencia representada entre la información entregada por el Subdepartamento de Programación Financiera y los datos obtenidos de los comprobantes contables, emitidos por el SIGFE, el Director informa que efectuado el análisis pertinente se determinó que las cifras son consistentes, excepto por una diferencia de \$ 390.675, "...por concepto de Rebases al Hospital Clínico de la Universidad de Chile."

Sin perjuicio de lo anterior, menciona que las discrepancias observadas se deben a que las facturas para pago de los contratos suscritos bajo el amparo del DFL N° 36, de 1980, de Salud, entre el SSMO con la Corporación para la Nutrición Infantil, Conin, la Sociedad Pro Ayuda al Niño Lisiado, Proanil y la Corporación de Ayuda al Niño Quemado, Coaniquem, su imputación contable y presupuestaria son con cargo a las transferencias efectuadas al mencionado Servicio, lo cual implica que el pago es centralizado y en el sistema SIGFE, específicamente, en el registro auxiliar se registra por RUT.

En virtud de lo expuesto y del análisis de los antecedentes que respaldan lo descrito, corresponde dar por superada la observación.

3. Proceso de facturación de los Servicios de Salud

La información base para la facturación mensual de los Servicios de Salud, es extraída desde el Sigges, sistema que es alimentado por los distintos hospitales pertenecientes a la red de salud. Como se mencionara en párrafos anteriores, previo al proceso de facturación, la información debe ser revisada y validada por funcionarios del Departamento de Comercialización del Nivel Central del Fonasa, a objeto de determinar con exactitud el monto a transferir a cada Servicio de Salud.

El procedimiento señalado es realizado manualmente y consta de una serie de validaciones que van restando y sumando registros hasta conseguir la base final, entre las cuales se destacan: filtros por certificación previsional, que rebajan del total a los beneficiarios bloqueados del Fonasa; prestaciones sin identificar, que eliminan aquellas sin valor definido y que tampoco estaban asociadas a un Servicio de Salud determinado; revisión de



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

duplicidades diarias a través del módulo de prestaciones inválidas y que fueron indebidamente anuladas y sumadas a la base final y, por filtro por prestaciones mensuales, ya que los Servicios de Salud, generalmente, ingresan prestaciones de meses anteriores a la facturación que se está analizando. En este punto, cabe mencionar, que durante el mes de noviembre, la base de prestaciones contaba con información desde enero de 2010, lo que dificulta aún más el análisis de la facturación final, debido a que la situación previsional del paciente puede variar en el transcurso del tiempo.

Sobre este punto, el Director se refirió, específicamente a lo planteado en el primer párrafo, manifestando que el proceso informático es complementado con un proceso manual para reducir los riesgos de errores ante fallas detectadas en el sistema. Agregando, que se está trabajando con el Departamento de Tecnología en las mejoras del proceso y en la implementación de un nuevo software de facturación Modalidad Atención Institucional, MAI.

Sobre el particular, se acepta lo indicado por esa autoridad, no obstante, se hace presente que la operatividad del citado software se comprobará en una próxima auditoría de seguimiento.

4. Facturación al Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Revisada la facturación del mes de noviembre de 2010 de las prestaciones GES, se observó, como se indicara precedentemente, que existen una serie de modificaciones al archivo original extraído del Siggges, todo lo cual se realiza en diversas planillas excel, lo que, además de hacer engorroso el procedimiento, aumenta el riesgo de ocurrencia de errores en el cálculo final de la valorización.

En efecto, se advirtió que el registro de 11.374 prestaciones GES, de noviembre 2010, para el Servicio de Salud Occidente, cifra que ya había sido depurada por la Unidad de Programación Financiera, no concordaba con lo señalado en los archivos excel "Valorización AUGE" y "Facturación mensual noviembre 2010". La cifra final que se indica en este último archivo es de 16.889, es decir, existe una diferencia de 5.515 prestaciones demás, la cual, según lo informado, correspondería, en su mayoría, a prestaciones odontológicas AUGE que estaban ingresadas en el sistema como programas especiales de las valoradas.

Por otra parte, se verificó que para aquellas prestaciones nuevas que se van incorporando o que modifican otras ya existentes, en el proceso de facturación no se extraen los datos desde el Siggges ni del Registro Estadístico Mensual, REM, como se estipula en el punto 3 de la letra A), en relación al Programa 03, de Prestaciones Valoradas, del respectivo convenio, sino que se calcula la duodécima parte del compromiso que para esa prestación adquirió el Servicio de Salud. A modo de ejemplo, se comprobó que existen 4.243 actividades nuevas en la facturación del mes de noviembre de 2010, que son estimadas y no efectivamente ejecutadas, lo cual no concuerda con lo establecido en la citada cláusula. Anexo N° 3.

Igualmente, en los reportes de Programas Especiales existían 24.492 prestaciones, correspondientes a urgencias odontológicas GES, las que debieron ser descontadas por el encargado de facturación y agregadas al Programa AUGE. Lo anterior, según lo explicado por dicho encargado, debido a que los Centros Hospitalarios digitaron información AUGE en Programas Especiales, para no hacer aún más lenta la base de datos, situación que deja en evidencia, los



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

problemas de soporte de información que está teniendo el Sistema Informático Sigges.

Por último, de acuerdo a los informes entregados por el Subdepartamento de Intermediación de Compras, en general, las transferencias efectuadas se ajustaron a las disponibilidades presupuestarias. No obstante, el Programa de Reducción de Brechas en prestaciones, PRB, al mes de diciembre de 2010 resultó con un saldo negativo \$ 10.685.231.000, debido a que durante el transcurso del año se transfirieron más recursos del marco presupuestario financiero para ese programa, de los cuales \$ 910.723.000, corresponden al Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Cabe señalar, que la mencionada cifra fue descontada de las otras prestaciones PPV a transferir. Anexo N° 4.

En lo relativo a la diferencia de 5.515 prestaciones AUGE entre los archivos Excel "Valorización AUGE" y "Facturación mensual noviembre 2010", el Director en su respuesta confirma que corresponden a Urgencias Odontológicas y que son digitadas en Sigges en Programas Especiales por una determinación técnica que según los administradores del sistema informático, es la mejor solución dado el volumen, frecuencia y rapidez del registro.

Sobre las 4.243 actividades nuevas que aparecen en la facturación del mes de noviembre de 2010, con un valor estimado, la referida autoridad señala que: "Efectivamente, en estas prestaciones nuevas se entrega el duodécimo del compromiso de la prestación, dado que si bien se implementó el Sigges, pero solo para el registro, sin permitir su extracción...", posteriormente indica que: "A futuro se contará con el total de prestaciones en el registro Sigges".

Al respecto, cabe indicar que si bien los argumentos son atendibles, no es posible dar por superadas las observaciones, toda vez, que las situaciones representadas vulneran la cláusula sexta, letra A, punto 3, del contrato suscrito entre el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, el Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual establece que la constatación oficial de la ejecución de las actividades realizadas por el Servicio de Salud se obtendrá de los registros del Sistema de Información de Garantías Explícitas de Salud, Sigges y, de los registros en el sistema Resumen Estadístico Mensual, REM.

5. Arancel de las transferencias PPV 2010

De acuerdo a lo establecido en el Contrato de prestación de servicios sobre atenciones de salud, letra A) número 1), el Fonasa transferirá y pagará al Servicio las prestaciones de este programa convenidas en el contrato que sean debidamente registradas e informadas, siendo los precios de tales prestaciones los que se detallan en el arancel que forma parte integral de dicho instrumento.

De la revisión practicada al archivo "Valorización Noviembre 2010", del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, se determinó que las atenciones correspondientes al programa de prestaciones complejas, llámense "extracción endovascular de electrodos de dispositivos implantados (marcapasos, desfibriladores o resincronizadores)" y "cierre percutáneo de defectos septales intracardiacos con dispositivo mayor de 15 años" aparecen con un arancel de \$ 2.561.240 y \$ 3.889.780, respectivamente; sin embargo, en el contrato 2010, dichas prestaciones no figuran, por consiguiente, no fue posible



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

comprobar que ese monto es el que correspondía aplicar. Una situación similar se observó en otras prestaciones, Arancel PPV Auge. Anexo N° 5.

De acuerdo a la respuesta emitida por el Fonasa, se verificó la existencia de ambas prestaciones con sus respectivos aranceles. No obstante, nada se señala del resto de las prestaciones consideradas en el Anexo N° 5. En razón de lo anterior, se da por superada parcialmente la observación.

6. Verificación de las actividades informadas en el Sigges, en el Hospital Félix Bulnes

De una muestra de 45 prestaciones, se observa que si bien, en general, se encontraban realizadas y respaldadas, en 4 casos de atenciones de salud, no fue posible determinar que los pacientes habían sido intervenidos por una Hernia Abdominal no GES, código prestación 1802003, ya que en las Fichas Clínicas N°s 759642, 767725, 788214 y 798838, además de contener escasa información, faltaba la Hoja de Enfermería y el Protocolo de Anestesia.

La Directora del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, en su respuesta indica que las fichas precedentemente señaladas corresponden a pacientes que fueron intervenidos en las dependencias de Coaniquem, debido a los daños ocurridos en los pabellones del Hospital Félix Bulnes, como consecuencia del terremoto ocurrido en febrero del año 2010. De este modo, tanto las hojas de enfermería como los protocolos quirúrgicos se encuentran en la citada Corporación, documentos que acompañó en fotocopia a su respuesta respecto de los cuatro casos observados.

En virtud de los nuevos antecedentes proporcionados por el Servicio, esta Contraloría General acepta las explicaciones formuladas. Sin embargo, cabe precisar que acorde a lo establecido en las Normas Técnicas Administrativas Modalidad Libre Elección, aprobada por resolución exenta N° 49, de 2009, del Fondo Nacional de Salud, específicamente en el punto 4, letra C, se establece que: "En caso de hospitalizaciones, la ficha contendrá a lo menos según las disposiciones de los establecimientos asistenciales, carátulas, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, copias o resultados de exámenes, protocolos quirúrgicos, epicrisis". Por consiguiente, en lo sucesivo, tales antecedentes deben formar parte del expediente clínico.

7. Convenios suscritos en virtud del DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente mantuvo vigente para el año 2010, convenios con distintas entidades públicas y privadas, en el marco del contrato de prestación de servicios sobre atenciones de salud suscrito con el Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Para efectos de la revisión, se consideraron los convenios suscritos con el Instituto Oncológico Dr. Caupolicán Pardo Correa, con doña Marisol Rossana Prado Villegas y con la Corporación de Ayuda al Niño Quemado.

7.1 Convenio con el Instituto Oncológico Dr. Caupolicán Pardo

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente celebró un acuerdo con el Servicio de Salud Metropolitano Norte, mediante el cual este último, a través de su establecimiento Instituto Oncológico Dr. Caupolicán Pardo Correa, proporciona las prestaciones de su especialidad a los pacientes derivados del primero.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

El citado convenio se suscribió en enero de 1996 y fue aprobado mediante resolución exenta N° 119 de 10 de febrero, del Servicio de Salud Metropolitano Norte. A la fecha de la revisión, no se han efectuado Adendum ni modificaciones al contrato.

Al respecto, se observó que el Servicio de Salud Metropolitano Occidente no está dando cumplimiento a lo establecido en el artículo cuarto del convenio, en cuanto a que las facturas las debe pagar dentro de los 10 días siguientes al de su presentación. Es así como, durante el año 2010 se pagaron 30 facturas por un monto total de \$ 16.056.845, de las cuales, 21 corresponden a prestaciones otorgadas durante los meses de enero a julio de ese año por \$ 11.615.405, el resto dicen relación con el período octubre a diciembre de 2009, quedando sin pagar aquellas realizadas entre los meses de agosto a diciembre del año 2010, lo cual evidencia, además, un desfase considerable entre la entrega de las prestaciones y su pago.

A modo de ejemplo, en relación con la factura N° 3592, de abril de 2010, del Instituto Traumatológico, el egreso es de junio del citado año; en la factura N° 3668, de agosto de 2010, la solicitud de pago se hizo en noviembre de ese año y la emisión del egreso fue en diciembre del mismo.

Igualmente, se determinaron retrasos en la emisión de las facturas. Al efecto, cabe citar la factura N° 3561, de marzo de 2010, correspondiente a las derivaciones del Hospital San Juan de Dios por \$ 324.200, la cual considera prestaciones otorgadas en noviembre del año 2009.

Falta de órdenes de atención que respalden el pago de las facturas, sólo se adjunta un listado mensual con el detalle de los pacientes y la prestación recibida. Lo anterior, contraviene lo establecido en el párrafo segundo del artículo cuarto del convenio, el cual señala que la transferencia de estos reembolsos se hará mensualmente por mes calendario, para cuyo efecto el Servicio de Salud Metropolitano Norte emitirá, a través del Instituto Oncológico, una factura que deberá enviarse acompañada de las respectivas Órdenes de Atención Coursadas.

Asimismo, en el citado listado mensual no se encuentra respaldada la cifra de \$ 407.290. Anexo N° 6.

En relación con el retraso en el pago de las facturas, la autoridad del Servicio de Salud, en su respuesta señala que "...existe un flujograma..." para la recepción y visación del pago de las prestaciones realizadas por el Instituto, que incluye el envío de las facturas y de las nóminas de los pacientes a los distintos establecimientos derivadores, proceso que demora, atendidas las características propias del examen. No obstante, indica que se instruirá a dichas instituciones de la Red, para que den respuesta dentro de los cinco días de requerida la información.

En cuanto a la falta de órdenes de atención, manifestó que el proceso de confirmación se fundamenta en la conformidad que otorgan los establecimientos dependientes, sin embargo, y en atención a la observación señalada, se ha comenzado a solicitar mediante ordinarios a los distintos Hospitales, la revisión de los antecedentes y su devolución en el plazo de 5 días adjuntando las respectivas órdenes que respalden dichas prestaciones.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Al respecto, cabe señalar que junto a su respuesta la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Occidente acompaña tres oficios dirigidos a los directores de los Hospitales San Juan de Dios, del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda y del Instituto Traumatológico, mediante los cuales se solicita validar ciertas facturas por prestaciones otorgadas por el Instituto Nacional del Cáncer, documentos en los cuales se hace mención del plazo de cinco días a que hace referencia en su escrito, sin embargo, en ellos no se consigna el N° de oficio, además, carecen de las firmas y timbres correspondientes, por lo tanto, no constituyen un respaldo fehaciente que permita dar por subsanada la observación.

En relación a la falta de sustento de los \$ 407.290 incluidos en el referido listado mensual, se adjuntaron las copias de las facturas y sus respectivos respaldos, otorgándose, por consiguiente, su conformidad.

Sobre el particular, se aceptan las acciones y medidas emprendidas sobre la materia, cuya efectividad será evaluada en una próxima visita de seguimiento.

7.2. Convenio Salud Mental

El convenio con doña Marisol Rossana Prado Villegas, Servicios Médicos y Afines E.I.R.L., fue suscrito con la finalidad de contratar servicios de atención integral a pacientes con discapacidad Psíquica Modalidad Hospital de Día Adulto, mayores de 18 años con problemas psiquiátricos severos. Los pacientes son derivados por el equipo de Salud Mental y Psiquiatría ambulatoria y por los Servicios de Psiquiatría de corta estadía de los establecimientos que pertenecen al Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

La contratación se aprobó mediante resolución exenta N° 1283 de junio de 2010, no obstante, que las prestaciones estaban siendo otorgadas desde el mes de abril de ese año, a través de trato directo, fundado en la confianza y seguridad en la provisión de los servicios que otorga la prestadora y con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2010 o hasta que el Servicio de Salud adjudique mediante algún procedimiento de contratación pública los referidos servicios. Sin embargo, a la fecha se continúa con esa contratación bajo la modalidad de trato directo, según convenio suscrito el 11 de marzo de 2011, encontrándose en trámite la elaboración de la resolución exenta que lo aprueba.

Cabe agregar, que de acuerdo a lo informado por la Jefa del Departamento de Coordinación de Red, del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, se están elaborando las bases administrativas para hacer el llamado a licitación pública. Lo anterior, evidencia el retraso por parte del citado Servicio de Salud en formalizar y agilizar los procesos de compra de servicios.

Sobre este punto, la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, señala que mediante resolución exenta N° 414, de 25 de marzo de 2011, se hizo la última contratación bajo la modalidad de trato directo con la proveedora Marisol Rossana Prado Villegas.

En relación con el retraso en formalizar los procesos de compra, menciona que se debe a la complejidad que supone la formulación de las bases administrativas para la contratación de estos servicios. Añade, que se realizó un proceso licitatorio bajo el ID N° 1288-47-LP11, el 13 de abril de 2011, cerrándose el 5 de mayo de ese mismo año, debiendo declararse desierto por no haberse presentado oferentes, señalando que se convocará nuevamente a un proceso licitatorio público.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Considerando que lo expuesto, en general, no subsana las situaciones observadas, corresponde mantener tales objeciones.

Por otra parte, del análisis del convenio en comento, se derivaron otras deficiencias, según se expone a continuación:

- Incumplimientos a las cláusulas del convenio

a) El Servicio pagó la suma de \$ 33.731.946 por las prestaciones otorgadas entre los meses de abril a noviembre 2010, sin los respectivos respaldos, tales como información sobre el tratamiento, número de actividades y acciones básicas realizadas, exigencias que se encuentran establecidas en la cláusula décima del convenio.

Al respecto, el Servicio confirma que efectivamente la planilla utilizada para efectuar el control no dio cuenta de todos los elementos contemplados en la cláusula precedentemente citada. Además, menciona que a fin de perfeccionar el control de las prestaciones realizadas, en el mes de diciembre de 2010 se modificó la planilla, agregando datos para su revisión, entre otros, asistencias informadas en total de días, situación actual del paciente desde el punto de vista clínico. Asimismo, indica que a contar de marzo de 2011, el Departamento de Coordinación de la Red del Servicio, cuenta con un funcionario administrativo a cargo de la digitación diaria de las prestaciones, logrando un mejor control.

b) Inconsistencias entre las fechas de ingreso de los pacientes y los días de cobro mensual. Es así como, se determinó que en la facturación de agosto, se cobran 22 días hábiles para un paciente que ingresó a partir del día 4 de ese mes, es decir, 2 días adicionales.

En relación con este punto, ratificó que el proceso de verificación no se efectuó con la debida acuciosidad, para lo cual se han implementado mejoras en los registros y que se procederá a la reliquidación de los dos días pagados demás.

c) No se cumple lo dispuesto en la cláusula tercera del convenio, que establece que la condición de pago será de 30 días contados desde la fecha de la factura. Cabe citar, la factura N° 1 de 15 de junio de 2010, correspondiente a las prestaciones de abril y mayo, la cual fue pagada el 18 de junio, mediante comprobante de egreso N° 1309, no transcurriendo más de 3 días entre la emisión y el pago de la misma; asimismo, en el caso de la factura N° 6, el pago se efectuó en el lapso de 8 días, y en la factura N° 7, fue de 14 días.

En su respuesta, la autoridad alude a que lo anterior se debe a que dentro de sus obligaciones, está la de efectuar los pagos en plazos razonables y prudentes, que permitan dar cuenta de los compromisos de gestión con el Minsal y el Fonasa. No obstante, señala que se modificará dicha cláusula de tal forma de no seguir incurriendo en ese error.

d) No fue posible determinar la totalidad de los días camas reales utilizados para el cobro de la factura N° 2, correspondiente a los servicios del mes de junio, por cuanto su fecha de emisión fue el 19 del mismo mes.

Al respecto, la Directora del Servicio confirmó que se trató de un error de emisión, comprobándose que los días facturados corresponden a la totalidad de los días cama informados.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

e) Por último, se informó la atención de dos pacientes de 16 y 17 años, en agosto y febrero de 2010, respectivamente, lo que se contrapone a lo señalado en la cláusula segunda del convenio que indica que la prestadora se obliga a otorgar los servicios de Hospital de Día Adulto para personas mayores de 18 años de edad, que son beneficiarios legales de la Red de Salud Occidente.

Sobre esta situación, dicha autoridad manifestó que se trata de casos excepcionales, explicando en forma detallada, para cada uno de ellos, las razones que se tuvo para que la atención se realizara en el Hospital de Día Adulto, concluyendo, que se ha instruido a los establecimientos que se abstengan de derivar pacientes que no cumplan con la mayoría de edad.

En atención a lo expuesto, cabe precisar, que si bien la autoridad del Servicio de Salud compromete esfuerzos tendientes a subsanar las situaciones observadas, corresponde mantenerlas mientras no se materialicen las acciones informadas, las cuales, serán verificadas en una futura visita de seguimiento que efectúe esta Contraloría General.

- Órdenes de derivación de pacientes

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente no mantiene copia de las órdenes de derivación de los pacientes, tampoco tiene establecido como procedimiento solicitar y mantener la custodia de las mismas. Lo anterior, cobra aún mayor importancia al verificarse que en el Hospital Félix Bulnes, se emiten las órdenes de derivación sólo en original y que ese es precisamente el documento que se entrega al paciente.

No obstante lo anterior, en virtud de las indagaciones practicadas en terreno por la comisión auditora, el Servicio de Salud, posteriormente, envió fotocopias de algunas órdenes, cuyo examen determinó que en la mayoría de ellas no figura el Hospital que efectuó la derivación y que se utilizan distintos formatos y con diferentes nombres, como "Derivación Interna", "Hoja de Interconsulta". Además, no siempre se consigna el motivo de la derivación, o carecen de ciertos datos del médico tratante, como la firma o el nombre, y no se indica el período en que debe tratarse al paciente.

Al respecto, el Servicio de Salud confirma la observación, razón por la cual mediante el oficio Ord. N° 783, de 25 de mayo de 2011, instruye a los establecimientos de salud para que al momento de realizar la derivación de los usuarios hacia los Hospitales de Día, tanto de adultos como de adolescentes, hagan llegar copia del nuevo formato, el cual fue elaborado en atención a la observación formulada, adjunto al citado oficio, denominado "Instrumento de derivación a Hospital de Día".

Al tenor de lo expuesto este Organismo de Control acoge las acciones adoptadas y procederá a comprobar su cumplimiento, en una próxima auditoría de seguimiento.

- Revisión de fichas clínicas

Atendida la falta del documento de derivación, se solicitaron en el Hospital Félix Bulnes 19 fichas, de las cuales se proporcionaron sólo 4, informándose que 6 se encontraban en el Hospital de Día



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Adultos de la señora Marisol Prado Villegas y 9 en el Hospital Metropolitano, debido a que el Servicio de Psiquiatría del Hospital Félix Bulnes, área de atención cerrada -hospitalización-, producto del terremoto que dañó parte de su infraestructura, se trasladó a ese establecimiento asistencial.

Sin embargo, en la visita inspectiva realizada al Hospital Metropolitano, se verificó, mediante consulta al sistema de archivo de la Sección de Orientación Médica y Estadística, SOME, que tales expedientes clínicos no se encontraban allí, siendo posteriormente ubicados en las dependencias del referido Hospital de Día Adultos, excepto las fichas N^{os} 704934, 754375, 783590 y 675797, de las cuales no se tuvo información sobre su paradero, situación que debe ser aclarada.

Respecto de las 11 fichas en poder de la prestadora señora Marisol Prado Villegas, cabe señalar que por tratarse de documentos confidenciales deben ser de uso y administración exclusiva del Hospital que los emite. En el mismo sentido, cabe hacer notar que el decreto N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas, en el artículo 22, dispone que la información bioestadística o clínica que afecte a personas internadas o atendidas en tales establecimientos, tendrá carácter reservado y estará sujeta a las disposiciones relativas al secreto profesional y, agrega que sólo el Director Técnico del establecimiento podrá proporcionar o autorizar la entrega de dicha información a los Tribunales de Justicia y demás instituciones legalmente autorizadas para requerirla. Respecto de otra clase de instituciones, sólo podrá proporcionarse información con la conformidad del paciente o entregarse datos estadísticos globales en los que no se identifique a personas determinadas.

Además, en la Directiva Permanente Interna Técnica N° 5, DPI, del MINSAL, sobre normas para el manejo de Historias Clínicas, en el punto 3, párrafo segundo se estipula que cuando otro establecimiento o entidad requiera de la información clínica del paciente, ésta deberá ser transcrita o reproducida y enviada por intermedio de la Dirección.

Sin perjuicio de lo anterior, cabe precisar que según lo establecido en el artículo décimo del convenio, párrafo séptimo, será el Hospital de Día de Adultos la entidad que "...debe asegurar los registros clínicos, que den cuenta de las evaluaciones, diagnósticos, tratamientos indicados y administrados, reacciones adversas y de los eventos administrativos, tales como ingreso, traslados y altas de los pacientes en tratamiento".

Ahora bien, revisadas las fichas clínicas en poder del Hospital de Día, se observó que el paciente RUT 16.341.002-8, fue atendido de una apendicitis en el Hospital Félix Bulnes, desde el 14 hasta el 21 de octubre de 2010, no obstante, estos 7 días fueron facturados por la prestadora de servicios, por un monto de \$ 69.489.

Por último, es importante mencionar que, en las fichas clínicas, no se deja constancia de su derivación al Hospital de Día, evidenciándose una deficiencia de control en la materia.

En su respuesta, la Directora señala que las cuatro fichas fueron ubicadas en la Unidad de Archivo del Hospital Félix Bulnes adjuntando copia de ellas. Además, mediante Memorando N° 17, dirigido al Jefe del Servicio de Psiquiatría de dicho hospital refuerza la instrucción del uso y



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

administración de los expedientes clínicos, en el sentido que no procede la salida física de ellos fuera de los establecimientos.

Asimismo, indica que en una visita realizada al Hospital de Día Adulto por la prestadora señora Marisol Prado Villegas, se instruyó a la administración incorporar una ficha de uso exclusivo que dé cuenta de las actividades clínicas y de recuperación de los pacientes, adjuntándose a la respuesta una copia del modelo que deberá llevar dicho establecimiento.

En cuanto a la facturación de 7 días del paciente RUT 16.341.002-8, indica, que se comprobó que efectivamente no asistió por encontrarse convaleciente de su intervención quirúrgica, por lo que se procederá a la reliquidación de los \$ 69.489, pagados demás.

En virtud de lo expuesto, y considerando que las medidas propuestas corresponden a futuras acciones tendientes a corregir dichas observaciones, corresponde mantenerlas en tanto no se materialicen tales acciones.

- Visitas a domicilios de pacientes

Se visitaron dos domicilios particulares de pacientes atendidos bajo esta modalidad, en uno de ellos, se corroboró por un familiar del paciente RUT 16.341.002-8, que fue intervenido por una apendicitis en octubre de 2010. A su vez, la tía del paciente RUT 14.580.412-4, informó que durante 5 días del mes de febrero de 2011 su sobrino no había asistido a las terapias en el Hospital de Día Adulto, por cuanto estuvo de vacaciones, sin embargo estos 5 días figuran informados en la hoja de asistencia proporcionada por el Servicio de Salud, por lo que fueron pagados.

En su respuesta, la autoridad señala que se verificó que efectivamente los pacientes no asistieron al Hospital de Día, y que en ambos casos se procederá a la reliquidación.

En consideración a lo expuesto, corresponde mantener las observaciones, en tanto no se materialicen las regularizaciones comprometidas.

- Informes de supervisión

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente no ha efectuado fiscalizaciones a este Prestador, según se dispone en el referido DFL N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud, que establece Normas que Regulan los Convenios que se celebren con otras Entidades, relativos a las Acciones de Salud que a dichos Servicios les corresponde ejecutar. Solamente habría realizado dos supervisiones en el año 2010, según dan cuenta los "Informes de pauta de supervisión convenios salud mental" documentos, que carecen de la formalidad respectiva, esto es, firmas y nombres de los funcionarios que concurrieron a esa entidad. No obstante, cabe hacer mención, que a esta pauta se adjunta un "Acta Reuniones Unidad de Salud Mental", la que sí evidencia la rúbrica de quien asistió a dicha reunión, informándose los acuerdos pero no los resultados.

La respuesta del referido Servicio de Salud, corrobora que durante el año 2010 no se cumplió la calendarización de supervisiones, fundamentalmente debido a los efectos del sismo ocurrido en nuestro país, lo que obligó a dedicar los esfuerzos a regularizar la red de atención de salud mental, ya que



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

el Hospital Felix Bulnes Cerda, que es donde está el Servicio de Psiquiatría Adulto e Infantil, sufrió serios daños. Señalando, además, que su propósito es cumplir a cabalidad el programa correspondiente al año 2011, de acuerdo a la planificación que se adjunta a la respuesta, para lo cual también ha desarrollado una pauta de supervisión de 33 puntos a aplicar.

En atención a lo expuesto, se aceptan las explicaciones dadas, como las acciones implementadas sobre la materia, sin perjuicio que la efectividad de las mismas se verificará en una próxima auditoría de seguimiento que realice esta Contraloría General.

- Visita inspectiva al Hospital de Día de Adulto

El 16 de marzo de 2011, la comisión auditora en conjunto con una funcionaria del Departamento de Auditoría Interna del Ministerio de Salud, se constituyeron en el mencionado establecimiento, verificándose que se encuentra en funcionamiento, no obstante, se advirtieron las siguientes situaciones:

a) El establecimiento no tenía la copia de la resolución de autorización sanitaria para su operación. Al respecto, cabe señalar que el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, tampoco proporcionó dicho antecedente.

b) Falta de un registro clínico por paciente que consolide la información sobre su estadía en el Hospital de Día de Adulto. Al respecto, se observó que los datos de identificación del paciente, el diagnóstico y el tratamiento, se registran en una planilla excel y su evolución clínica en las fichas clínicas del Hospital Félix Bulnes, que están en poder del citado Hospital Diurno, y también se utiliza una ficha de ingreso con datos clínicos.

c) Se verificó que el establecimiento no lleva un registro de control de asistencia de los profesionales médicos ni de los pacientes que concurren a su tratamiento, lo cual impide comprobar que se está cumpliendo lo dispuesto en la cláusula octava del convenio, referida a la dotación mínima de especialistas y horas semanales que deben realizar, y con la cláusula décima relacionada con la información que se debe entregar mensualmente junto con la factura al Servicio, entre las cuales, figura el registro de días de asistencia de los pacientes. Tampoco mantiene copia de los títulos profesionales de las personas que laboran en ese Centro de Salud Mental.

d) La cantidad de pacientes que se encontraban en el Centro al momento de la visita, era de 9 personas. Ello, no obstante que, en general, las nóminas examinadas en el Servicio de Salud, dan cuenta de una asistencia diaria promedio de 23 personas.

e) Del examen de las órdenes de derivación en original y de la muestra seleccionada, se determinó que faltaba la correspondiente al paciente RUT 15.662.935-9, lo que de acuerdo a lo señalado por la Coordinadora del Centro, se debe a un caso muy puntual ya que solamente asistió en el mes de abril de 2010.

f) Si bien el Centro contaba con un Plan Integral de Rehabilitación de los pacientes, éste estaba escrito en hojas de cuaderno, en borrador, faltando formalizar el documento.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

g) Por último, se advirtió que falta mejorar las condiciones de higiene del lugar, específicamente, en el piso de la cocina y del comedor, pues en este último, el suelo es irregular, lo que puede ocasionar algún tipo de accidente. Así también, se observó que en la sala de atención individual de los pacientes y de recepción de los familiares, se encontraban tres estufas con sus respectivos galones de gas, las que deberían almacenarse en una bodega, para mayor seguridad del recinto.

Sobre este acápite, en general, en su oficio de respuesta, la Directora del Servicio confirma las situaciones observadas, indicando, en síntesis, que ha instruido a esa entidad para que gestione ante la Seremi de Salud de la Región Metropolitana la autorización sanitaria, la implementación de los expedientes clínicos y de un registro de las actividades realizadas por los profesionales médicos, los días en que se efectuaron y la duración de las mismas.

En cuanto a la concurrencia de los pacientes al hospital, dicha autoridad menciona que si bien es diaria, la llegada de los pacientes durante las mañanas es variable, no obstante, agrega que se tomarán las medidas necesarias que permitan su permanencia, para asegurar el cumplimiento de sus tratamientos y rehabilitación.

Este Organismo de Control, acepta las acciones adoptadas por el Servicio de Salud, haciendo presente que éstas deben ser complementadas con medidas más concretas que permitan superar en su integridad las falencias descritas, lo cual, de conformidad con las políticas de esta Contraloría General, se verificará en los programas de seguimiento respectivos.

Sin perjuicio de lo anterior, atendido el carácter de las situaciones irregulares advertidas en la inspección practicada por la comisión auditora al Centro de Rehabilitación; la suscripción de un convenio con una entidad que no cuenta con la correspondiente autorización sanitaria, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 129 del Código Sanitario y del artículo 4° del decreto N° 161, de 1982, del Ministerio de Salud; por los incumplimientos observados respecto de las cláusulas del convenio; la falta de supervisión y de fiscalización por parte del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, entre otras deficiencias ya mencionadas, corresponde que dicho Servicio disponga la instrucción de un procedimiento disciplinario a fin de determinar las eventuales responsabilidades administrativas, derivadas de los hechos descritos.

7.3 Convenio Centralizado, Corporación de Ayuda al Niño Quemado, Coaniquem.

Mediante la resolución afecta N° 80, de diciembre de 2007, del Ministerio de Salud, se autorizó la contratación directa y se aprobó el convenio de prestaciones entre Coaniquem, el Fonasa y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en representación de los Servicios de Salud Antofagasta, Metropolitano Occidente y Llanquihue, este último fue reemplazado por el Servicio de Salud del Reloncaví, mediante resolución afecta N° 43 de 15 de junio de 2009.

El convenio se celebra bajo las disposiciones del citado DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, en virtud del cual Coaniquem sustituye al Servicio de Salud en la ejecución de las acciones médicas relacionadas con la atención integral a niños quemados o con cicatrices de otro origen, incluyendo exámenes de laboratorio, intervenciones quirúrgicas, tratamiento dermatológico y kinesiológico, medicina física, rehabilitación y órtesis, consultas médicas y demás prestaciones relacionadas.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

De acuerdo al artículo cuarto del contrato, Coaniquem deberá presentar mensualmente a cobro, la facturación correspondiente a los beneficiarios del convenio que hayan sido atendidos en el mes precedente, facturas que el Fonasa pagará dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su recepción, siempre que no existan reparos u observaciones. En ese contexto, cabe indicar que durante el año 2010, el Fonasa transfirió a la Corporación \$ 995.286.000 por la atención de pacientes derivados del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

De la revisión documental a las facturas emitidas durante el período 2010 y sus respaldos, se desprenden las siguientes observaciones:

a) El proceso de verificación previo al pago de las facturas es realizado por una sola persona de forma manual, utilizando una planilla excel, quien además debe revisar las prestaciones de los otros convenios centralizados suscritos con la Corporación para la Nutrición Infantil, CONIN, y la Sociedad Pro Ayuda al niño lisiado, Proanil. El citado proceso no está sujeto a un examen posterior, con el consiguiente riesgo de incurrir en errores.

Al respecto, en el oficio de respuesta del Fonasa, se consigna que el proceso de validación que efectúa el Subdepartamento de intermediación es posteriormente analizado por el Subdepartamento de Programación Financiera, antes de pasar a pago en el Departamento de Contabilidad, cumpliéndose el principio de control por oposición de funciones. A ello, se agrega, que se está trabajando en conjunto con el Departamento TI, a objeto de implementar el software Prefactorador "MAI", que posibilitará los registros en línea de las atenciones efectuadas por diversos prestadores privados en convenio, sistema que entregará un reporte mensual, el que deberá ser consistente con la facturación que se emita.

En virtud de lo expuesto, se aceptan las explicaciones sobre la materia, cuyo cumplimiento será verificado por esta Contraloría General en una futura auditoría de seguimiento. Sin embargo, cabe consignar que el flujo de revisión de las prestaciones otorgadas por las entidades privadas no se encuentra formalmente establecido.

b) En la información de los meses de enero, marzo, mayo, junio, julio y septiembre de 2010, se verificó que no se adjuntan los respaldos en CD, como ocurre en los otros períodos. En su reemplazo, se acompaña la documentación en papel con el detalle mensual de las prestaciones, no obstante ésta no incluye las órdenes de derivación y los certificados previsionales que permiten validar los montos facturados.

La autoridad informa que de acuerdo a sus registros dichos CD fueron proporcionados a la comisión de esta Contraloría General.

Sobre la materia, cabe señalar que efectivamente se entregaron CD con información, sin embargo, los datos contenidos en ellos no eran concordantes con los períodos examinados y requeridos. Por consiguiente, no se contó con dicha información vía este medio magnético.

c) Se determinó una diferencia a favor de la Corporación de \$ 100.000, correspondiente a las atenciones no quirúrgicas de la categoría 2, otorgadas en febrero de 2010, debido a que el Fonasa transfirió la suma de \$ 13.000.000, en circunstancias que de acuerdo a la factura N° 2584, de marzo y la



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Nota de Crédito N° 218, de abril, ambas del año 2010, correspondía girar recursos por un total de \$ 13.100.000.

En otro orden, se observó que las facturas N°s 2511, 2512, 2513 y 2514, fueron recepcionadas el 18 de enero de 2010 en la Oficina de Partes; sin embargo, la Nota Interna que solicita el pago fue emitida el 12 de enero de 2010.

En cuanto a la diferencia, el Director adjunta a su escrito la Nota de Crédito N° 224, que reemplaza a la N° 218, precitada, por un monto de \$1.900.000, dándose por superada la observación.

En relación con el segundo punto cuestionado, el Fonasa señala que se debió a que en enero de 2010 y luego de haber enviado las facturas mediante la Nota Interna N° 10, éstas fueron devueltas desde el Departamento de Contabilidad, en razón de un nuevo procedimiento administrativo que exigía el timbre de la Oficina de Partes en tales documentos enviados para pago, originándose la discrepancia representada.

En razón de lo anterior, se aceptan en parte las explicaciones dadas por el Fondo, ya que, respecto del procedimiento a que se alude, no se adjuntó ningún antecedente que así lo determine. Además, las nuevas instrucciones no se aplican de manera retroactiva, sino que se ponen en práctica desde el momento en que son aprobadas, por lo que la justificación de las discrepancias observadas entre la fecha de recepción y la consignada en la solicitud de pago de las facturas, no resulta completamente razonable.

d) La Corporación no está dando respuesta al Fonasa, dentro de los 10 días establecidos en la cláusula cuarta del convenio, cuando éste le informa sobre reparos u observaciones técnicas a lo indicado en las facturas, sino que Coaniquem solicita el pago "acumulado" por apelaciones a rechazos. A modo de ejemplo, cabe citar la Nota Interna 2C/N° 229, de 10 de junio de 2010, por \$ 5.578.500 correspondiente a rechazos de los meses de enero a septiembre de 2009 y la Nota Interna 2C/N° 371, de 3 de septiembre de 2010, por \$ 4.941.000, que acumula diciembre de 2009 y enero y marzo de 2010.

Sobre este punto, en su respuesta el Director manifiesta que efectivamente han existido algunos casos puntuales en que Coaniquem no ha respondido en los plazos estipulados, indicando que corresponden a aquellos en que se ha solicitado completar antecedentes, los cuales dicha Corporación ha tenido que recabar en los Servicios de Salud.

Si bien las explicaciones son atendibles, se estableció un incumplimiento a la precitada cláusula cuarta del convenio, por lo tanto, se mantiene la observación.

e) El Fonasa, a través del Subdepartamento de Control, no ha realizado auditorías periódicas, tendientes a verificar la correspondencia entre la facturación y las prestaciones efectivamente otorgadas, según se establece en la cláusula tercera del convenio. Tampoco ha hecho uso de la facultad mencionada en la cláusula sexta, en cuanto a efectuar visitas inspectivas, revisar fichas clínicas y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

En cuanto a la priorización y focalización para fiscalizar las prestaciones de salud en convenio, el Fonasa indica que se realiza considerando criterios financieros, de riesgo, sanitarios de impacto en salud pública, por denuncias y reclamos, donde Coaniquem no ha formado parte del grupo objetivo, no obstante, menciona, que atendida la observación de esta Contraloría General, se incluirá en el "...Programa del último trimestre 2011".

En atención a lo expuesto, se da por subsanada la observación, sin perjuicio de su verificación posterior.

CONCLUSIONES

El Fonasa y el Servicio de Salud Metropolitano Occidente han aportado antecedentes e iniciado acciones que han permitido subsanar parte de las observaciones planteadas, como se expresa en el cuerpo del presente informe.

No obstante lo anterior, se mantienen algunas situaciones respecto de las cuales se deberán adoptar las medidas pertinentes que contemplen, al menos, las siguientes acciones:

1. El Fonasa deberá dar estricto cumplimiento a lo establecido en la Glosa 01, Programa 03, Programa Prestaciones Valoradas, Capítulo 02, Fondo Nacional de Salud, Partida 16, Ministerio de Salud, de la Ley de Presupuestos. Asimismo, ceñirse a las disposiciones establecidas en los convenios que suscribe con los distintos Servicios de Salud, en cuanto a informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales sobre las evaluaciones de las actividades desarrolladas y, a su vez, obtener la constatación oficial de las actividades ejecutadas por los referidos Servicios, de los registros del Sistema de Información de Garantías Explícitas de Salud, Sigges, y de los correspondientes al Resumen Estadístico Mensual, REM.

2. En cuanto al convenio centralizado con la Corporación de Ayuda al Niño Quemado, Coaniquem, deberá ejercer acciones de control concretas, tales como realizar auditorías periódicas, tendientes a verificar la correspondencia entre la facturación y las prestaciones efectivamente otorgadas, realizar visitas inspectivas, revisar fichas clínicas y recabar todos aquellos antecedentes, según se establece en la cláusula tercera del convenio.

3. En lo que respecta al Servicio de Salud Metropolitano Occidente, deberá ejercer las medidas conducentes a cumplir a cabalidad lo estipulado en el convenio suscrito con el Instituto Oncológico Dr. Caupolicán Pardo, a saber, entre otros, que las facturas deben pagarse dentro de los 10 días siguientes al de su presentación y de exigir las respectivas Órdenes de Atención Coursadas.

4. El Hospital Félix Bulnes, deberá velar por el debido resguardo de los expedientes clínicos de conformidad a lo establecido en la Directiva Permanente Interna Técnica N° 5, Normas sobre el manejo de las historias clínicas.

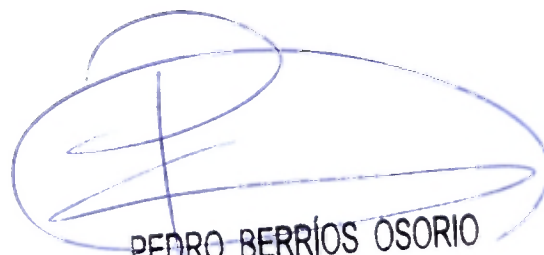
La efectividad de las medidas adoptadas, así como de aquellas propuestas por el Fonasa y por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, serán comprobadas en una futura visita que se practique en esas entidades, de conformidad con las políticas de este Organismo sobre seguimiento de los programas de fiscalización.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Por último, la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, deberá disponer la instrucción de un sumario administrativo, con el objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas, respecto del convenio sobre la atención integral a pacientes con discapacidad psíquica modalidad Hospital de Día Adulto, cuyo examen determinó ciertas situaciones irregulares, tales como, que dicho establecimiento no cuenta con la respectiva autorización sanitaria; falta de fiscalización por parte del Servicio de Salud, ausencia de registros de control de asistencia del personal que trabaja en dicha entidad y de los pacientes, inexistencia de un plan de rehabilitación debidamente formalizado y cobros por prestaciones no realizadas, entre otras, consignadas en el presente informe, y cuya resolución de término, con su respectivo expediente de respaldo, deberán ser remitidas a este Organismo de Control para su correspondiente examen de legalidad, de acuerdo con lo dispuesto en la resolución N° 1600, de 2008, de esta Entidad Fiscalizadora.

Saluda atentamente a Ud.,



PEDRO BERRÍOS OSORIO
Jefe Área de Salud, Agricultura
y Medio Ambiente
División de Auditoría Administrativa



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

ANEXO N° 1

NÓMINA DE CONVENIOS SUSCRITOS CON PRESTADORES DE SERVICIOS,
PRIVADOS, AL AMPARO DEL DFL N° 36, DE 1980, DEL MINISTERIO DE SALUD

N°	RESOLUCIÓN	FECHA	PROGRAMA	PRESTADOR	RUT
1	Exenta N° 1392	05/06/2009	Servicios de Atención Integral a Usuarios con Discapacidad Psíquica, Modalidad Hogar Protegido	Hogar Protegido Veinte de Enero Ltda.	13.884.147-2
2	Exenta N° 2473	30/09/2009	Servicios de Atención Integral a Usuarios con Discapacidad Psíquica, Modalidad Hospital de día adolescente. En dependencias del Servicio de Salud	Universidad Academia de Humanismo Cristiano	71.470.400-1
3	Exenta N° 2472	30/09/2009	Rehabilitación Psicosocial E.I.R.L sobre Hogar Protegido	Empresa Eliana Noelia Castillo Núñez	76.496.020-2
4	Exenta N° 3529	31/12/2009	Residencia Protegida por un periodo de 24 meses. Trastorno mental Severo	Clínica Psiquiátrica Santa Daniela Ltda.	77.831.970-5
5	Exenta N° 145	26/01/2010	Residencia Protegida por un periodo de 24 meses	Clínica San Pedro S.A.	76.019.457-3
6	Exenta N° 179	29/01/2010	Hogar Protegido por un periodo de 24 meses	Centro de Salud Integral Elgueta y Álvarez Ltda.	77.997.620-3
7	Exenta N° 1387	14/06/2010	Atención Integral a pacientes con Discapacidad Psíquica Modalidad Hospital de día adulto	Marisol Rossana Prado Villegas, Servicios Médico y afines E.I.R.L	76.095.925-1
8	Exenta N° 1485	24/06/2010	Rehabilitación de niños y adolescentes afectados con Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)	Fundación Amanecer - Establecimiento Vicente Pallotti	75.897.900-8
9	Exenta N° 1556	02/07/2010	Hospitalización Integral de Pacientes Neurológicos Postrados	Clínica San Pedro S.A.	76.019.457-3
10	Exenta N° 2757	29/11/2010	Hospitalización Integral de Pacientes Neurológicos Postrados	Clínica San Pedro S.A.	76.019.457-3
11	Exenta N° 2889	13/12/2010	Servicio de Atención Integral a Pacientes con Discapacidad Psíquica, Modalidad Hogar Protegido	Lidia Bello Pacheco Salud Mental Rehabilitación Psicosocial EIRL	52.000.184-0





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

ANEXO Nº 2

“INFORME DE TRANSFERENCIAS A LOS
SERVICIOS DE SALUD” V/S COMPROBANTES DE EGRESOS

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Según información proporcionada por el Subdepartamento de Programación Financiera.	4.949.473.336	3.493.963.032	3.589.052.109	3.248.448.197	3.308.773.132	3.203.546.893	5.408.311.244	2.800.210.678	3.596.238.804	3.114.509.045	3.225.392.143	1.684.647.487	41.622.566.100
(1) Según comprobantes de egresos (Tesorería).	4.809.897.000	3.407.634.000	3.507.487.000	3.157.589.000	3.223.559.000	3.023.332.000	5.212.651.000	2.689.855.000	3.565.844.000	2.872.970.000	3.108.564.000	1.574.490.000	40.153.872.000
DIFERENCIAS	139.576.336	86.329.032	81.565.109	90.859.197	85.214.132	180.214.893	195.660.244	110.355.678	30.394.804	241.539.045	116.828.143	110.157.487	1.468.694.100



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

(Continuación Anexo N° 2)

(1) Según comprobantes de egresos (Tesorería).	
MES	COMPROBANTE
ENERO	Según respaldo de comprobante ID 264787 de 22-1-10
FEBRERO	Según respaldo de comprobante ID 268464 de 24-2-10
MARZO	Según respaldo de comprobante ID 271134 de 23-3-10
ABRIL	Según respaldo de comprobante ID 274531 de 22-4-10
MAYO	Según respaldo de comprobante ID 277885 de 20-5-10
JUNIO	Según respaldo de comprobante ID 281739 de 23-6-10
JULIO	Según respaldo de comprobante ID 285345 de 22-7-10, por \$3.188.791.000 y según respaldo de comprobante ID 285680 de 26-7-10, por \$2.023.860.000.
AGOSTO	Según respaldo de comprobante ID 289090 de 23-8-10, por \$2.529.726.000 y según respaldo de comprobante ID 289307 de 24-8-10, por \$160.129.000.
SEPTIEMBRE	Según respaldo de comprobante ID 292153 de 15-9-10
OCTUBRE	Según respaldo de comprobante ID 295712 de 15-10-10, por \$11.043.000 y según respaldo de comprobante ID 295878 de 18-10-10, por \$2.861.927.000.
NOVIEMBRE	Según respaldo de comprobante ID 300401 de 18-11-10, por \$3.097.521.000 y según respaldo de comprobante ID 300753 de 23-11-10, por \$11.043.000.
DICIEMBRE	Según respaldo de comprobante ID 304540 de 20-12-10, por \$1.563.446.000 y según respaldo de comprobante ID 304837 de 21-12-10, por \$11.044.000.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

ANEXO N° 3

ACTIVIDADES INFORMADAS EN FACTURACIÓN MES DE NOVIEMBRE DE 2010,
NO PROVENIENTES DEL SIGGES

PROGRAMA DE PRESTACIONES VALORADAS
PROGRAMA AUGÉ
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

PRESTACIÓN	ACTIVIDAD NOVIEMBRE 2010	MONTO NOVIEMBRE 2010 M\$
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL		
Confirmación Retardo Crecimiento Óseo	1	117
Tratamiento con Hormona de Crecimiento en menores de 15 años	4	811
Rechazo Trasplante Renal	0	0
Seguimiento Trasplante Renal 1° año	6	679
Seguimiento Trasplante Renal a partir del 2° año	13	611
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS		
CÁNCER CERVICOUTERINO		
Tratamiento Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor	2	238
DIABETES MELLITUS TIPO 1		
Curación avanzada de herida pie diabético (no infectado) DM tipo 1	1	123
Curación avanzada de herida pie diabético (infectado) DM tipo 1	6	1.593
CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS		
Etapificación Cáncer de Mama	14	1.455
Controles y Exámenes por Tratamiento de Quimioterapia	7	3.122
EPILEPSIA NO REFRACTARIA EN PERSONAS DESDE 1 AÑO Y MENORES DE 15 AÑOS		
Seguimiento Año 3 Epilepsia No Refractaria	8	60
Seguimiento Año 4 Epilepsia No Refractaria	8	115
DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS		
Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 1	2.714	54.551
Tratamiento Depresión Grave y Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad Año 2	1.449	7.216
LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS		
Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	1	437
ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE REMITENTE		
Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	2	21
HEPATITIS B		
Evaluación pacientes con Antígeno de Superficie (HBsAg) Positivo	2	496
Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	1	193
HEPATITIS C		
Confirmación del VHC	2	56
Evaluación paciente VHC pre tratamiento	2	434
TOTAL	4.243	72.328





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

ANEXO Nº 4

FLUJO PPV DICIEMBRE 2010

SERVICIOS DE SALUD	PROGRAMA REDUCCIÓN DE BRECHAS (M\$)
Arica	-115.075
Iquique	-406.350
Antofagasta	-340.308
Atacama	-496.313
Coquimbo	-265.944
Valparaíso - San Antonio	-530.162
Viña del Mar - Quillota	261.224
Aconcagua	25.495
Libertador Bernardo O'higgins	-255.401
Maule	-365.163
Ñuble	-156.120
Concepción	-550.998
Talcahuano	-46.406
Bío Bío	-775.537
Arauco	1.086
Araucanía Norte	-811.233
Araucanía Sur	165.002
Valdivia	-147.792
Osorno	-83.244
Reloncaví	-56.465
Aysén	-92.877
Magallanes	-213.189
Metropolitano Oriente	-933.543
Metropolitano Central	116.085
Metropolitano Sur	-255.712
Metropolitano Norte	-1.212.536
Metropolitano Occidente	-910.723
Metropolitano Sur Oriente	-1.763.953
Hospital Padre Hurtado	52.971
CRS Maipú	-496.571
CRS Cordillera	24.285
Chiloé	-49.764
TOTAL	-10.685.231



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

ANEXO Nº 5

ARANCELES NO REGISTRADOS EN CONVENIO PPV AUGE

PRESTACIÓN	MONTO (\$)
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	
Acceso Vascular con Prótesis en Extremidad Superior	901.010
Reparación de Fístula Disfunción u Ocluida	893.950
Confirmación Retardo Crecimiento Óseo	117.000
Tratamiento con Hormona de Crecimiento en menores de 15 años	202.800
Rechazo Trasplante Renal	4.327.130
Seguimiento Trasplante Renal 1º año	113.120
Seguimiento Trasplante Renal a partir del 2º año	46.970
Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años	
Recambio Marcapaso	1.252.630
Cáncer Cervicouterino	
Tratamiento Quimioterapia Recidiva Cáncer Cervicouterino Invasor	119.110
Cáncer de mama en personas de 15 años y más	
Etapificación Cáncer de Mama	103.950
Controles y Exámenes por Tratamiento de Quimioterapia	446.060
Disrafias Espinales	
Recambio Valvular Espina Bífida Abierta	928.920
Rehabilitación 1er y 2º Año Paciente con Espina Bífida Abierta	24.730
Cáncer en menores de 15 años	
Tratamiento Radioyodo	125.650
Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años.	
Seguimiento Año 3 Epilepsia No Refractaria	7.510
Seguimiento Año 4 Epilepsia No Refractaria	14.340
Depresión en personas de 15 años y más.	
Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1	20.100
Tratamiento Depresión Grave y Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 2	4.980
Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años.	
Confirmación Acromegalia	220.800
Confirmación Diabetes Insípida	172.450
Tratamiento Acromegalia	841.410
Tratamiento Diabetes Insípida	31.190
Leucemia en personas de 15 años y más.	
Quimioterapia Leucemia Mieloide Crónica: Tratamiento inhibidor tirosin kinasa	1.865.610
Quimioterapia Leucemia Aguda: Recaída de Leucemia No Linfoblástica - Leucemia Mieloide (LNLA)	437.320
Trauma Ocular Grave	
Tratamiento Médico Trauma Ocular Grave	276.190
Fibrosis Quística	
Tratamiento Farmacológico con Tobramicina para pacientes con Fibrosis Quística Grave	7.600.270

(Handwritten mark)



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

Gran Quemado	
Cirugía Reparadora paciente quemado grave menor de 15 años	537.420
Cirugía Reparadora paciente quemado crítico menor de 15 años	537.420
Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	537.420
Cirugía Reparadora paciente quemado grave de 15 años y más	537.420
Cirugía Reparadora paciente quemado crítico de 15 años y más	537.420
Cirugía Reparadora paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	537.420
Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave menor de 15 años	42.020
Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico menor de 15 años	42.020
Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional menor de 15 años	42.020
Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado grave de 15 años y más	42.020
Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado crítico de 15 años y más	42.020
Seguimiento y rehabilitación 2° año paciente quemado sobrevida excepcional de 15 años y más	42.020
Esclerosis Múltiple recurrente remitente.	
Confirmación diagnóstica de la Esclerosis múltiple remitente recurrente	356.730
Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	588.590
Tratamiento Farmacológico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (Consultas y exámenes, sin fármacos)	21.210
Tratamiento de Brote de Esclerosis Múltiple remitente recurrente	618.430
Tratamiento Kinésico Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente	10.450
Hepatitis B	
Evaluación pacientes con Antígeno de Superficie (HBsAg) Positivo	247.840
Tratamiento Farmacológico VHB crónica en personas de 15 años y más	155.070
Tratamiento Farmacológico VHB crónica en menores de 15 años	138.900
Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento antiviral	193.460
Evaluación paciente Hepatitis Crónica por VHB mayores y menores de 15 años en tratamiento con Peginterferón	54.330
Controles a pacientes VHB sin tratamiento farmacológico	43.320
Hepatitis C	
Confirmación del VHC	27.810
Evaluación paciente VHC pre tratamiento	217.140
Tratamiento Farmacológico del VHC	443.870
Tratamiento Farmacológico del VHC (Consultas y exámenes, sin fármacos)	54.940



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD, AGRICULTURA Y MEDIO AMBIENTE

ANEXO N° 6

FALTA DE RESPALDO EN FACTURACIÓN - INSTITUTO ONCOLÓGICO

N° FACTURA	ESTABLECIMIENTO	MONTO (\$)
3568	Hospital San Juan de Dios	104.360
3621	Hospital Félix Bulnes	86.980
3623	Instituto Traumatológico	60.450
3688	Instituto Traumatológico	155.500
		407.290

①



www.contraloria.cl

