



DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

INFORME FINAL

Fondo Nacional de Salud

Número de Informe: 160/2013
14 de febrero de 2013





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

DAA N° 5.880/2013

REMITE INFORME FINAL N° 160, DE 2013,
SOBRE AUDITORÍA AL PROCESO DE
LICITACIÓN DE DÍA CAMA
HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL AÑO 2010,
EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD.

SANTIAGO, 14 FEB 2014. N° 1462

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final N° 160, de 2013, debidamente aprobado, sobre auditoría para verificar el proceso de licitación de día cama hospitalización integral año 2010, en el Fondo Nacional de Salud.

Saluda atentamente a Ud.,

PATRICIA ARRIAGADA VILLOTA
Contralor General de la República
Subrogante



AL SEÑOR
MINISTRO DE SALUD
PRESENTE
REF.: N° 225.614/13



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

DAA N° 5.881/2013

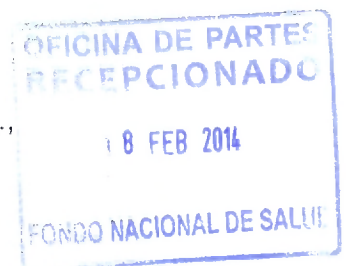
REMITE INFORME FINAL N° 160, DE 2013,
SOBRE AUDITORÍA AL PROCESO DE
LICITACIÓN DE DÍA CAMA
HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL AÑO 2010,
EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD.

SANTIAGO, 14 FEB 2014. 11:14:63

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final N° 160, de 2013, debidamente aprobado, sobre auditoría para verificar el proceso de licitación de día cama hospitalización integral año 2010, en el Fondo Nacional de Salud.

Sobre el particular, corresponde que esa autoridad implemente las medidas que en cada caso se indican, tendientes a subsanar las situaciones observadas, aspectos que se verificarán en futuras visitas que practique en esa entidad este Organismo de Control.

Saluda atentamente a Ud.,




Jefe de División de Auditoría Administrativa
Contraloría General de la República



AL SEÑOR
DIRECTOR
FONDO NACIONAL DE SALUD
PRESENTE
REF.: N° 225.614/13



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

DAA N° 5.882/2013


REMITE INFORME FINAL N° 160, DE 2013,
SOBRE AUDITORÍA AL PROCESO DE
LICITACIÓN DE DÍA CAMA
HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL AÑO 2010,
EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD.



SANTIAGO, 14 FEB 2014 11:11:58

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final N° 160, de 2013, debidamente aprobado, sobre auditoría para verificar el proceso de licitación de día cama hospitalización integral año 2010, en el Fondo Nacional de Salud.

Saluda atentamente a Ud.,


[Faint, illegible text]



A LA SEÑORA
JEFA DE AUDITORÍA INTERNA
FONDO NACIONAL DE SALUD
PRESENTE
REF.: N° 225.614/13



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

DAA N° 5.883/2013

REMITE INFORME FINAL N° 160, DE 2013,
SOBRE AUDITORÍA AL PROCESO DE
LICITACIÓN DE DÍA CAMA
HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL AÑO 2010,
EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD.

SANTIAGO, 14 FEB 2014 01:24:03

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final N° 160, de 2013, debidamente aprobado, sobre auditoría para verificar el proceso de licitación de día cama hospitalización integral año 2010, en el Fondo Nacional de Salud.

Saluda atentamente a Ud.,



A LA SEÑORA
AUDITORA MINISTERIAL DE SALUD
PRESENTE
REF.: N° 225.614/13



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD


DAA N° 5.884/2013


REMITE INFORME FINAL N° 160, DE 2013,
SOBRE AUDITORÍA AL PROCESO DE
LICITACIÓN DE DÍA CAMA
HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL AÑO 2010,
EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD.

SANTIAGO, 14 FEB 2014 01:14:60

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final N° 160, de 2013, debidamente aprobado, sobre auditoría para verificar el proceso de licitación de día cama hospitalización integral año 2010, en el Fondo Nacional de Salud.

Saluda atentamente a Ud.,


Jefe Subrogante
Unidad de Seguimiento


Jefe Subrogante
Unidad de Seguimiento

RECIBIDO
ANTECED

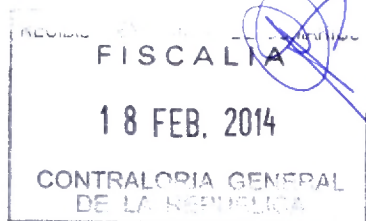
A LA SEÑORA
JEFA DE LA UNIDAD DE SEGUIMIENTO
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
PRESENTE
REF.: N° 225.614/13



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

DAA N° 5.885/2013

REMITE INFORME FINAL N° 160, DE 2013,
SOBRE AUDITORÍA AL PROCESO DE
LICITACIÓN DE DÍA CAMA
HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL AÑO 2010,
EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD.



SANTIAGO, 14 FEB 2014 09:14:67

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final N° 160, de 2013, debidamente aprobado, sobre auditoría para verificar el proceso de licitación de día cama hospitalización integral año 2010, en el Fondo Nacional de Salud.

Saluda atentamente a Ud.,



AL SEÑOR
JEFE DE LA UNIDAD DE SUMARIOS
FISCALÍA
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
PRESENTE
REF.: N° 225.614/13



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

DAA N° 6.089/2013



REMITE INFORME FINAL N° 160, DE 2013,
SOBRE AUDITORÍA AL PROCESO DE
LICITACIÓN DE DÍA CAMA
HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL AÑO 2010,
EN EL FONDO NACIONAL DE SALUD.

SANTIAGO, 14 FEB 2014 09:14:68

Adjunto, remito a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes, copia del Informe Final N° 160, de 2013, debidamente aprobado, sobre auditoría para verificar el proceso de licitación de día cama hospitalización integral año 2010, en el Fondo Nacional de Salud.

Saluda atentamente a Ud.,

El Subdirector de Auditoría Administrativa
División de Auditoría Administrativa
Área Salud



AL SEÑOR
DIRECTOR
DIRECCIÓN DE COMPRAS Y
CONTRATACIÓN PÚBLICA
PRESENTE
REF.: N° 225.614/13



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

PMET N° 13.041

INFORME FINAL N° 160, DE 2013, SOBRE
AUDITORÍA AL PROCESO DE LICITACIÓN DE
DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL
AÑO 2010, EN EL FONDO NACIONAL DE
SALUD.

SANTIAGO, 13 FEB. 2014

En cumplimiento del plan anual de fiscalización de esta Contraloría General para el año 2013, y en conformidad con lo establecido en la ley N° 10.336, de Organización y Atribuciones de la Contraloría General, y en el artículo 54 del decreto ley N° 1.263, de 1975, Orgánico de Administración Financiera del Estado, se efectuó una auditoría al proceso de contratación, a nivel nacional, de los servicios de "Día Cama Hospitalización Integral", para beneficiarios del Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en adelante MINSAL, que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto N° 2.763, de 1979, y de las leyes N°s 18.933 y 18.469, que se atienden en la modalidad de atención institucional, y que para efectos de la licitación identificada con el ID N° 591-3-LP10, fueron derivados por intermedio de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, en lo sucesivo UGCC, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El equipo que ejecutó la fiscalización fue integrado por doña Viviana Navarrete Nieto, doña Andrea Llabulén Paredes y doña Blandina Opazo Stuardo, auditores y supervisora, respectivamente.

ANTECEDENTES GENERALES

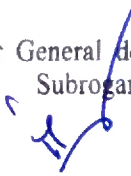
El Fondo Nacional de Salud, en adelante FONASA, es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, creado por decreto ley N° 2.763, de 1979, en la actualidad incluido en el Libro I del citado decreto con fuerza de ley, que, entre otras materias, está encargado del financiamiento de las acciones y atenciones médicas que contempla el Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II contenido en ese mismo decreto. Este financiamiento, total o parcial, puede materializarse mediante aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que se establezcan por resolución, según lo dispone la letra b) del artículo 50, del mencionado cuerpo normativo.

OBJETIVO

La fiscalización tuvo por objeto la revisión del proceso de licitación del "Día Cama Hospitalización Integral", llevada a cabo el año 2010 por el FONASA; efectuar un examen a los pagos realizados por concepto de derivaciones durante el año 2012; y evaluar el funcionamiento de la UGCC, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

A LA SEÑORITA
PATRICIA ARRIAGADA VILLOUTA
CONTRALOR GENERAL DE LA REPÚBLICA (S)
P R E S E N T E

Contralor General de la República
Subrogante





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

METODOLOGÍA

El análisis se practicó de acuerdo con la metodología de auditoría de este Organismo Fiscalizador y con los procedimientos aprobados mediante las resoluciones exentas N^{os} 1.485 y 1.486, ambas de 1996, de este mismo origen, considerando el resultado de las evaluaciones de control interno respecto de las materias examinadas, determinándose la realización de pruebas en la medida que se estimaron necesarias. Asimismo, se practicó un examen de cuentas referido a la materia en análisis.

UNIVERSO Y MUESTRA

En conformidad con los antecedentes proporcionados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, mediante el oficio Ord. C103 N^o 2.056, de 11 de julio de 2013, durante el año 2012 se efectuaron 2.080 compras de "Días Camas de Hospitalización Integral" para apoyar las derivaciones realizadas por la UGCC, por un total de \$ 14.237.325.948.

Los beneficiarios sujetos a examen se determinaron mediante un muestreo aleatorio simple por registro, con un nivel de confianza del 95% y una tasa de error de 3%, parámetros estadísticos aprobados por esta Entidad Fiscalizadora, lo que asciende a 117 compras, equivalentes a un 5,6 % del universo antes señalado.

La información utilizada se puso a disposición de esta Contraloría General a partir del 4 de julio de 2013, por el FONASA y por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Las objeciones establecidas en el examen fueron expuestas en el preinforme de observaciones N^o 160, de 2013, de este Organismo de Control, remitido al Director del FONASA mediante el oficio N^o 67.358, de ese mismo año, para que formulara los alcances y precisiones que a su juicio procedieran, lo que se concretó a través del oficio Ord. 1A/N^o 16.409, de igual anualidad, antecedente que fue considerado para la emisión del presente informe final.

RESULTADO DE LA AUDITORÍA

De la fiscalización realizada se determinaron las siguientes situaciones:

I. ASPECTOS DE CONTROL INTERNO

1. Incumplimiento de las disposiciones establecidas en la ley N^o 19.886
- 1.1. Deficiencias en el proceso de adjudicación

Mediante la resolución 2C/N^o 273, de 6 de abril de 2010, el Director del FONASA aprobó las bases de la licitación para la compra de servicios "Día Cama Hospitalización Integral", prestación referida a la ocupación de una cama en un centro asistencial, por parte de un paciente que estando en cualquiera de las etapas – evaluación, diagnóstico, tratamiento o recuperación – requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias, con el fin que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería tendientes a restablecer su condición de salud en el menor tiempo posible.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

El llamado a licitación se realizó el 6 de abril de 2010, por medio del Sistema de Información de Compras y Contratación Pública, y a través de la resolución exenta 2C/N° 2.641, de 20 de mayo de dicho año, de esa entidad, se adjudicó a 33 prestadores, quedando excluido el proveedor Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A., por no haber ofrecido integralidad en su día cama.

Al respecto, cabe hacer presente que mediante presentación de 26 de mayo de igual anualidad, la aludida clínica dedujo reclamo ante el FONASA, aclarando que su propuesta era integral, ya que el precio ofertado incluía todo lo solicitado en las bases técnicas.

Evaluados los antecedentes, el referido fondo constató que lo aseverado se ajustaba a las bases técnicas, razón por la cual incorporó a esa entidad en la nómina de adjudicados y corrigió su puntuación.

De manera simultánea, el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile había comunicado al FONASA que su propuesta no consideraba el "Día Cama de Cuidados Especiales o Agudos", y que, además, en la resolución de adjudicación la cantidad de "Día Cama Intermedio Adultos" correspondía al "Día Cama Intermedio Pediátrico", y viceversa, por lo que el FONASA regularizó los datos del mencionado acto administrativo de adjudicación, por medio de la resolución exenta 2C/N° 3.484, de 12 de julio de 2010.

Cabe señalar que en el punto N° 10 de las bases administrativas que rigieron la licitación, se estipula que el análisis, estudio y ponderación de las ofertas, deberá efectuarse por una comisión evaluadora, considerando los siguientes criterios:

- a) Recursos humanos (25%)
- b) Infraestructura y equipamiento (20%)
- c) Integralidad de la oferta (15%)
- d) Disponibilidad de prestaciones asociadas o servicios conexos (15%)
- e) Oferta económica (25%)

En relación a dicho proceso se advirtieron errores en la totalidad de las puntuaciones ponderadas consignadas en el acta de evaluación, de 17 de mayo de 2010, la que fue rectificada a través de la resolución exenta 2C/N° 3.484, de 12 de julio de ese mismo año, ya citada, manteniéndose las faltas en la Fundación de Salud El Teniente y en el Sanatorio Alemán de Concepción, lo que evidencia un incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 10, inciso segundo, de la ley N° 19.886, de Bases Sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, y 37 de su reglamento, contenido en el decreto N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda, en donde se establece que en la evaluación de las ofertas se deben respetar íntegramente los criterios de valoración y los puntajes contenidos en las bases, tal como se demuestra en el Anexo N° 1.

El Director del FONASA en su oficio de respuesta reconoce que existieron errores en la primera resolución de adjudicación, los



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

que involuntariamente solo se corrigieron de manera parcial, mediante un segundo acto administrativo. Agrega, que lo anterior no influyó en la designación de los prestadores, ya que no se dejó de adjudicar ni tampoco se otorgó a uno que no cumpliera con los criterios definidos. Agregó, que la entidad ha adoptado las medidas tendientes a que este tipo de hechos no se repitan.

En mérito de lo expuesto, se mantienen las observaciones y, tanto las medidas comprometidas como las que sean implementadas en el futuro, serán verificadas en una próxima auditoría que practique este Organismo Fiscalizador sobre la materia.

1.2. Ausencia de publicación en el Sistema de Información de Compras y Contratación Pública

Se constató que el FONASA no publicó en el aludido sistema los contratos de servicios definitivos suscritos con los prestadores privados, vulnerando con ello lo previsto en el N° 6, letra b) del artículo 57, del reglamento de la ley N° 19.886, ya citada.

El director en su respuesta indica que en el ícono orden de compra, del ID 591-3-LP10, se despliegan las resoluciones aprobatorias de cada uno de los contratos, con la sola excepción del suscrito con la Universidad de Chile, el que por error en la presentación de los archivos no fue reconocido.

Al respecto, cabe precisar que se verificó la publicación de los referidos antecedentes por lo que se levanta la observación, haciéndose presente que, además del contrato firmado con la Universidad de Chile, tampoco fue publicado el de La Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A., por lo que en estos casos se mantiene la objeción, debiendo en lo sucesivo, arbitrar las medidas tendientes a dar cabal cumplimiento de las disposiciones contenidas en la ley N° 19.886 y su reglamento, lo que será objeto de comprobación en una futura auditoría.

1.3. Garantías de fiel cumplimiento

a) El punto 7.2 de las bases administrativas indica que para resguardar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento del contrato que se suscriba, la empresa adjudicataria deberá presentar una boleta bancaria. Al respecto se verificó que éstas fueron emitidas y recibidas para su custodia en la sección de tesorería del FONASA, con retraso de hasta 196 días corridos, contados desde la firma de los convenios, según se detalla en la tabla N° 1, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 71 del reglamento de la aludida ley N° 19.886.

Tabla N° 1: Demora en la entrega de las boletas de garantía

PROVEEDOR	FECHA DEL CONTRATO	FECHA DE LA RECEPCIÓN	DÍAS DE ATRASO
Corporación de Beneficencia Osorno	10-06-2010	23-12-2010	196
Clínica Universitaria de Concepción S.A.	10-06-2010	16-12-2010	189
Universidad de Chile (Hospital Clínico)	10-06-2010	29-11-2010	172
Clínica Reñaca S.A.	10-06-2010	09-11-2010	152
Clínica Los Andes de Puerto Montt S.A.	10-06-2010	09-11-2010	152
Clínica de Salud Integral Ltda.	10-06-2010	14-10-2010	126

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la CGR, en base a la revisión de las garantías examinadas.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Sobre el particular, el director de la entidad auditada reconoce que efectivamente algunas boletas de garantía de fiel cumplimiento fueron enviadas tardíamente a su custodia definitiva, en la sección de Tesorería, teniéndose presente que algunos prestadores demoraron el despacho oportuno de las mismas, situación que fue representada por este Organismo de Control, tomando razón con alcance de las resoluciones aprobatorias de los contratos. Añade, que para evitar que este tipo de errores se vuelvan a repetir, se adoptaron las siguientes medidas:

- Los contratos de la licitación de días camas integrales, realizada el año 2013, tienen la misma fecha de vigencia y firma que la de la emisión de la boleta.
- El subdepartamento de gestión comercial a privados del FONASA implementó un procedimiento de registro de las boletas de garantía en custodia, con el propósito de alertar sobre la proximidad del vencimiento de las mismas, pudiendo así gestionar oportunamente su reemplazo.

b) También se debe observar que en algunos casos las garantías no alcanzaron a cubrir hasta el término del respectivo contrato, tal como se muestra, a modo de ejemplo, en los siguientes casos:

Tabla N° 2: Garantías que no cubrían el plazo de vigencia del contrato

PRESTADOR	FECHA DE TOMA DE RAZÓN DEL CONTRATO POR LA CGR	FECHA DE TÉRMINO DEL CONTRATO	VIGENCIA DE LA BOLETA DE GARANTÍA
Universidad de Chile (Hospital Clínico)	15-12-2010	15-12-2012	30-08-2012
Sociedad Clínica Maitenes Limitada	06-12-2010	06-12-2012	20-08-2012
Corporación de Beneficencia Osorno	14-01-2011	14-01-2013	21-08-2012
Clínica Las Condes S.A.	11-11-2010	11-11-2012	20-08-2012
Clínica Los Andes de Puerto Montt S.A.	13-01-2011	03-01-2013	20-08-2012
Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A.	25-02-2011	25-02-2013	20-08-2012

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la CGR, en base a la revisión de los comprobantes de pago de la muestra examinada.

Al respecto, la autoridad del fondo reconoce que, de los 6 casos representados, efectivamente sólo dos regularizaron el cambio de boleta, y que a los otros 4 se les solicitó e insistió respecto a la emisión de la nueva garantía complementaria, pero como ello no fue previsto en las bases administrativas, no se estableció la aplicación de multas, ni el término anticipado de los convenios. Puntualizó, que en los contratos de la licitación 2013 se cauteló que el plazo de vigencia de la boleta excediera en 60 días hábiles el vencimiento respectivo, y que el referido sistema de control implementado permitirá detectar anticipadamente las situaciones observadas por este Organismo Fiscalizador.

c) Por otra parte, se advierte que para las contrataciones de servicios, el artículo 70 del reglamento de la ley N° 19.886 establece que el plazo de vigencia de las garantías de fiel cumplimiento no puede ser inferior a 60 días hábiles, después de terminados los contratos, lo cual tampoco se cumplió, tal como se indica en el Anexo N° 2.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

El director respondió que 14 prestadores adjuntaron una nueva boleta, 11 no regularizaron la entrega de un nuevo documento, y 2 comunicaron formalmente su voluntad de ponerle término anticipado al convenio.

Las medidas comprometidas por la dirección del FONASA permitirán regularizar los procedimientos objetados en el presente informe, no obstante lo cual se mantienen las observaciones hasta comprobar su efectiva implementación en una futura auditoría sobre la materia que efectúe esta Contraloría General.

1.4. Falta de celeridad en los actos administrativos

Se observó que la totalidad de las resoluciones que aprueban los convenios celebrados entre el FONASA y los prestadores privados adjudicados, fueron dictadas con demoras que van desde los 85 a los 221 días, desde la suscripción de los mismos, transgrediendo con ello el principio de celeridad contemplado en el artículo 7°, de la ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, tal como se detalla en el Anexo N° 3.

Al respecto, en el oficio de respuesta del FONASA reconoce que existieron algunos problemas de coordinación con los privados, para la firma de los contratos y posterior envío de éstos, lo que se tradujo en tiempos prolongados para la total tramitación de los mismos. Añade, que se ha implementado un proceso tendiente a evitar que este tipo de situaciones se repitan, no obstante, se debe considerar que existen factores atribuibles directamente a los prestadores.

Sin perjuicio de lo expuesto por la autoridad, se mantiene lo observado hasta verificar la efectividad de los procedimientos implementados, lo que se materializará en una próxima auditoría sobre la materia.

1.5. Inexistencia de documentación de respaldo

Las bases administrativas en su punto 14, y los contratos en la cláusula quinta, establecen que el pago de los servicios se hará en forma mensual, debiendo adjuntar a la facturación, entre otros, copia de las órdenes de atención que respaldan la derivación de los pacientes, autorización de traslado emitida por la UGCC y folios certificadores del FONASA o tarjeta de gratuidad de los beneficiarios atendidos, verificándose que en los comprobantes de pago que respaldan la compra de los servicios de "Día Cama Hospitalización Integral", no se acompaña la totalidad de dichos antecedentes, según se resume en la tabla N° 3, lo que evidencia falta de control por parte del subdepartamento de gestión comercial a privados y del departamento de finanzas, encargados de validar la documentación antes de autorizar el desembolso respectivo (Anexos N°s 4, 5, 6 y 7).

Tabla N° 3: Comprobantes de pago en los que no se adjunta toda la documentación

DOCUMENTO	NO SE ADJUNTA	SE ADJUNTA SIN FECHA	SE ADJUNTA CON FECHA POSTERIOR
Folios certificadores del FONASA	26		43
Epicrisis u órdenes de Atención	34		
Carta de derivación exitosa emitida por la UGCC		48	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la CGR, en base a la revisión de los comprobantes de pago de la muestra examinada.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

De igual forma, en el manual de funcionamiento de la UGCC, aprobado por la resolución exenta N° 748, de 7 de agosto de 2012, del Subsecretario de Redes Asistenciales, se señala que el hospital derivador es el responsable del correcto envío de la carta de respaldo, documento que no fue posible validar en 19 traslados indicados en la tabla N° 4, ya que no se encontraba adjunto a los comprobantes de pago analizados, situación que contraviene las normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, dispuestas en la resolución N° 759, de 2003, de este Organismo Fiscalizador, además de los artículos 3° y 11 de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, en relación al principio de control jerárquico que las autoridades deben ejercer, en forma permanente, de los funcionarios y las actuaciones del personal de su dependencia.

Tabla N° 4: Casos en los que no se adjunta la carta de respaldo del hospital derivador

ID DERIVACIÓN	HOSPITAL DERIVADOR	ID DEL EGRESO	
506563	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	372031	
342066	Complejo Hospitalario San José	352318	
415860	Barros Luco Trudeau	363454	
512141	Hernán Henríquez de Temuco	377186	
485063	Regional de Rancagua	372031	
528094	San Borja-Arriarán	377186	
397143	De Urgencia Asistencia Pública	364456	
418680		364527	
433238		374305	
404456		363454	
436931		367071	
490308		Dr. César Garavagno Burotto	377186
523272		Dr. Exequiel González Cortés	377911
482497	372031		
379187	El Pino	364456	
413092	Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	377186	
366946	Presidente Carlos Ibáñez del Campo	354088	
487418	San Juan de Dios de Santiago	372031	
415036		363454	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la CGR, en base a la revisión de los comprobantes de pago de la muestra examinada.

Sobre la materia, la autoridad del FONASA comunica que éstas se tuvieron a la vista para la confección y validación de la solicitud y conformidad del pago, pudiendo ocurrir que, en algunos casos, se omitiera el despacho de ellas a tesorería, o se extraviasen en el camino.

Respecto a los folios certificadores del fondo, señala que se buscaron los RUT en el certificador previsional histórico, verificándose que todos los asegurados a la fecha de atención se encontraban en él, aclarando que en aquellos casos en los que el prestador no adjuntó el referido documento en la pre facturación, se procedió a su impresión desde la aplicación respectiva.

Agrega, en lo referido a las cartas de derivación sin fecha, que se sostuvo una reunión con la jefa de la UGCC, donde se constató que para los casos mencionados, al ingresar, el sistema emitía los documentos sin ese dato. Puntualiza que detectada esta situación, se dio aviso a la empresa proveedora de él para que evalúe y solucione lo sucedido.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

En atención a lo expuesto, se mantiene lo objetado, en tanto no se valide la efectividad de las medidas adoptadas, en una futura auditoría que practique esta Contraloría General. No obstante lo cual, el FONASA deberá instruir un proceso disciplinario con el objeto de establecer las eventuales responsabilidades del o los funcionarios que vulneraron lo dispuesto en la letra c) del artículo 61 de la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, que señala que el personal deberá realizar sus labores con esmero, dedicación y eficiencia, entre otras obligaciones, contribuyendo a materializar los objetivos de la institución, debiendo remitir a este Organismo Fiscalizador la resolución de inicio en el plazo de 15 días hábiles contados desde la recepción del presente informe y, posteriormente, la que lo afine junto con el expediente para el respectivo trámite de legalidad.

1.6. Circularización a proveedores

Se efectuó el citado procedimiento a 3 prestadores privados, con el objeto de corroborar la información presentada en los registros contables del FONASA, recibándose al 27 de septiembre, 2 respuestas.

Sobre la materia, el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile informó que las derivaciones ID 352784 y 411462, fueron facturadas por medio de los documentos N°s 1625913 y 1625912, ambos de 30 de agosto de 2013, por \$ 4.960.000 y \$ 5.440.000, respectivamente, asumiendo dicha institución privada la responsabilidad en la demora de la emisión de los citados antecedentes.

Por su parte, la Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A., señaló que la derivación ID 501009 fue facturada a través del documento N° 113493, de 15 de marzo del año en curso, por un total de \$ 1.400.000.

Al respecto, se evidenció que la referida factura fue devengada el 26 de marzo de 2013 y, al 26 de septiembre del mismo año, esto es, 128 días después, no ha sido pagada, incumpléndose por parte del FONASA, con las instrucciones contenidas en el oficio circular N° 23, de 2006, del Ministerio de Hacienda, que señala que el pago al proveedor debe realizarse en un plazo no superior a los 30 días corridos después de dicho evento.

Además, cabe señalar que el punto 14 de las bases administrativas y la cláusula quinta del contrato suscrito entre el referido fondo y la citada clínica el 10 de junio de 2010, aprobado por medio de la resolución N° 582, de 8 de octubre de igual anualidad, del FONASA, establecen que el pago del servicio prestado se efectuará mensualmente a plazo vencido, dentro de los 30 días corridos, contados desde la fecha de presentación de la factura en la oficina de partes del aludido servicio, por lo que dicho retraso vulnera el principio de estricta sujeción a las bases, contemplado en el artículo 10 de la ley N° 19.886, antes mencionada, así como la respectiva cláusula contractual.

El FONASA indicó en su respuesta, que la factura N° 113493 fue devuelta al prestador por medio del memorándum 3G/N° 11, de 22 de mayo de 2013, en razón a que existía disconformidad en el cobro de una derivación, efectuándose el ajuste contable con fecha 28 de mayo del mismo año.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Sobre el particular, se mantiene la observación ya que los antecedentes proporcionados no son suficientes para subsanarla, por cuanto no queda claro si a la fecha, el proveedor dio respuesta al requerimiento informado por el fondo a través del citado memorándum. Igualmente, corresponde hacer presente, que el ajuste se efectuó 63 días después del devengamiento de la misma, encontrándose a la fecha impago el documento, lo que será verificado en un próximo seguimiento.

II. EXAMEN DE CUENTAS

1. Licitación Día Cama Hospitalización Integral, ID 591-3-LP10

A partir del mes de mayo de 2009, la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, en conjunto con el FONASA, desarrolló un modelo de gestión centralizada, creando para ello la UGCC con el fin de optimizar el uso de los recursos hospitalarios de camas críticas y agudas públicas y su eventual necesidad de apoyo en la red privada de salud.

Considerando la demanda asimétrica de las diferentes unidades de emergencia hospitalaria, se organizó un sistema de monitoreo que vincula la oferta en línea con la demanda no satisfecha de camas críticas en los distintos establecimientos públicos, realizando la compra al sector privado sólo cuando la red asistencial del aludido ministerio se encuentre efectivamente agotada.

La ocurrencia del terremoto del año 2010, influyó en el aumento de la demanda de atenciones en la red de los servicios de salud a lo largo del país, lo que impulsó al fondo a buscar soluciones para suplir la falta de camas clínicas, licitando el "Día Cama Hospitalización Integral", para contar con la oferta de prestadores privados en todo el territorio nacional.

Es así que, por medio del proceso identificado con el ID 591-3-LP10, la mencionada entidad contempló la contratación de las siguientes categorías:

- a) En unidad de cuidados intensivos, UCI, adulto, pediátrica y neonatal.
- b) En unidad de tratamiento intermedio, UTI, adulto, pediátrica y neonatal.
- c) En unidad de cuidados especiales o agudos, adulto y pediátrica.
- d) Básico para adultos, pediátricas y neonatal.

Del examen practicado se determinaron las siguientes situaciones:

1.1. Ausencia de mecanismos que faciliten el control financiero del sistema

En el transcurso de la auditoría se le solicitó al departamento de finanzas del servicio auditado, que detallara la ejecución del año en examen, del ítem 24-01-010-01, convenio compra de prestaciones no AUGE, informándose en lo concerniente a la citada licitación pública "Día Cama Hospitalización Integral", que en dicho período se efectuaron 3.237 derivaciones, por un total de \$ 19.521.055.000, información que difiere de lo entregado mediante el oficio Ord. C103 N° 2.056, de 2013, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, tal como se demuestra en el siguiente cuadro:



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Tabla N° 5: Diferencias entre los pagos efectuados por el FONASA a los prestadores privados en convenio durante el año 2012 y lo informado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, en relación a las derivaciones ejecutadas ese año.

PRESTADOR PRIVADO	SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES		DEPARTAMENTO DE FINANZAS DEL FONASA	
	N°	MONTO (\$)	N°	MONTO (\$)
Clínica Alemana de Osorno	-	-	-	-
Clínica Bío-Bío	91	435.338.000	118	536.381.000
Clínica Colonial	162	563.123.804	733	1.975.723.000
Clínica Dávila	31	185.870.000	69	489.144.000
Clínica de Salud Integral	64	612.494.864	76	706.625.000
Clínica del Maule	17	61.000.000	18	53.800.000
Clínica Isamédica	85	451.180.412	125	526.550.000
Clínica Las Condes	400	4.119.055.636	478	4.593.638.000
Clínica Los Andes (Pto. Montt)	25	96.110.000	19	80.740.000
Clínica Los Maitenes (Melipilla)	2	852.500	5	2.945.000
Clínica Miraflores (Viña del Mar)	143	713.623.548	225	1.012.402.000
Clínica Reñaca	131	812.000.000	130	786.819.000
Clínica San Alberto	-	-	-	-
Clínica San Carlos de Apoquindo	75	714.789.805	100	931.849.000
Clínica Santa María	44	307.940.000	57	369.750.000
Clínica Tabancura	304	1.966.034.657	497	2.894.227.000
Clínica Universitaria de Concepción	128	1.092.000.000	134	1.068.100.000
Clínica Vespucio	92	457.142.382	126	749.418.000
Hospital Clínico UC	79	790.800.000	143	1.499.980.000
Hospital Clínico Viña del Mar	102	727.592.100	114	766.389.000
Hospital FACH	15	48.126.360	22	83.663.000
Hospital Naval (Viña del Mar)	2	9.700.000	37	170.720.000
Mutual de Seguridad	3	72.551.880	11	222.192.000
TOTAL	1.995	14.237.325.948	3.237	19.521.055.000

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la CGR, en base al archivo excel adjunto al oficio Ord. C103 N° 2.056, de 11 de julio de 2013, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en conjunto con la información entregada a través de correo electrónico por el departamento de finanzas del FONASA, con fecha 25 de septiembre de dicho año.

La situación descrita en los párrafos precedentes, da cuenta de problemas existentes en el proceso de supervisión de los gastos, tal como se pudo advertir en las diferencias entre las derivaciones efectuadas y pagadas, y en la revisión de una muestra de 117 traslados de pacientes hacia prestadores en convenio intermediados por la citada unidad.

El director del ente auditado indicó que las diferencias obedecen a que el número de casos informado por el FONASA, corresponden al total de pagos efectuados en el 2012, independientemente del año de la derivación; y lo comunicado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales a las derivaciones de la anualidad 2012. Agrega, que las fechas de facturación difieren de las de atención, dado que los prestadores demoran en mandar las facturas con todos los antecedentes requeridos, y porque además éstas deben ser revisadas minuciosamente. Añade, que ello ha ido regularizándose y obteniendo diferencias cada vez menores entre la fecha del egreso del paciente y la facturación respectiva.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

En atención a lo expuesto, se da por subsanada la observación, en el entendido de que se arbitrarán las medidas de control que sean necesarias con el propósito de mantener controladas las demoras de facturación por parte de los prestadores, lo cual será verificado en una próxima auditoría que sobre la materia practique este Órgano de Control.

1.1.1. Incumplimiento de los protocolos de derivación

El manual de funcionamiento de la UGCC, aprobado por la resolución exenta N° 748, de 2012, ya citado, indica que la búsqueda de camas se efectúa de acuerdo al requerimiento del paciente, en primer lugar en la red pública, y en su defecto, en el sector privado, según el ranking de las clínicas de acuerdo al convenio generado por el FONASA para la oferta de "Día Cama de Hospitalización Integral", tiempos relacionados de acuerdo a la gravedad y lugar de traslado del beneficiario, en virtud de la ubicación geográfica.

Se verificó que en 12 casos los traslados de pacientes a la red privada no fueron efectuados de acuerdo a lo previsto en el manual, antes mencionado, observándose de acuerdo a los registros del sistema informático lo siguiente:

a) En 9 de ellos la búsqueda de camas se inició de inmediato en la red privada, no quedando constancia de la ausencia de cupos en la red pública, cuyo detalle se indica en la tabla N° 6.

Tabla N° 6: Derivaciones en las que no quedó constancia de la búsqueda de cupos en la red pública

ID DE LA DERIVACIÓN	PRESTADOR	MOTIVO
512141	Clínica Bío-Bío	No queda constancia en el sistema de la búsqueda de cama en la red pública.
387677		
380462		
388067		
388068		
429223	Clínica Isamédica	
386249	Clínica Las Condes	
487235	Clínica Tabancura	
456211	Hospital Clínico Viña del Mar	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en el sistema UGCC.

En su respuesta, el director informa que 8 de los casos observados corresponden a registros de recién nacidos, lo que implica que cuando se traslada una embarazada a una clínica se genera una derivación con su ID respectivo y al nacer él, o los menores, se debe generar un nuevo ID por cada uno de ellos. En dicha circunstancia, aclara que no procede la búsqueda de camas, ya que el registro se efectúa solo para efectos de seguimiento posterior, por parte del hospital.

Al respecto, se mantiene la observación en cuanto a los ID N°s 380462, 388067 y 388068, ya que de acuerdo a los antecedentes aportados en el oficio de respuesta, se revisaron los ID de derivación de las embarazadas, advirtiéndose que en ellos tampoco quedó constancia de la búsqueda de cupos en la red pública, razón por la cual se deberán disponer las acciones que sean



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

necesarias en orden a dejar anotado los intentos efectuados en los respectivos hospitales del sector, los que serán verificados en una próxima visita de seguimiento.

b) La derivación de 3 pacientes se efectuó haciendo prevalecer los “protocolos de acuerdo” que el fondo mantenía con ciertos prestadores, en circunstancias que correspondía derivar utilizando el ranking elaborado, tal como se indica a continuación:

Tabla N° 7: Derivaciones según protocolo de acuerdo

ID DERIVACIÓN	PRESTADOR	MOTIVO
421700	Clínica Miraflores (Viña del Mar)	Se busca cupo utilizando protocolo de acuerdo.
510186		
373729	Hospital Clínico Viña del Mar	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en el sistema UGCC.

Sobre los aludidos protocolos, cabe señalar que la UGCC indicó que se trata de convenios realizados entre el FONASA e instituciones privadas, que no mantenían acuerdos para la compra de “Día Cama de Hospitalización Integral”. Sin embargo, se evidenció que los prestadores aludidos en la tabla N° 7, sí fueron licitados y, por lo tanto, mantenían ese tipo de contrato, por lo que la derivación debió respetar el procedimiento contenido en el referido manual de funcionamiento de la UGCC.

El Director del FONASA junto con reconocer la observación, hace presente que los protocolos de precios no son convenios, sino más bien acuerdos con algunos prestadores, que se ponen a disposición de los Servicios de Salud para que efectúen directamente sus compras de prestaciones. Dichas entidades privadas no resultaron adjudicadas, y por lo tanto no existe relación contractual con ellas, agregando, que el Fondo no paga dichas derivaciones, y su uso no es avalado ni gestionado por el FONASA.

Al respecto, se mantiene la objeción debiendo indicar que este Organismo Contralor evidenció que las tres derivaciones efectuadas según protocolo de acuerdo, sí fueron intermediadas y pagadas por el FONASA, razón por la cual la autoridad deberá instruir para que situaciones como las detectadas no se vuelvan a producir, lo que será verificado en una futura auditoría que practique esta Entidad Fiscalizadora.

1.1.2. No derivación a prestadores en convenio

En 17 traslados, indicados en la tabla N° 8, se observó que si bien se respeta el ranking establecido por el FONASA para efectos de iniciar la búsqueda del tipo de cama requerido en la red privada, esto es, en base a criterios geográficos, precios y puntuación, se deja constancia en el sistema informático de la no derivación a ciertos prestadores se produjo por algún motivo dado por el interlocutor de la clínica con el que la UGCC mantuvo contacto durante la intermediación. En los casos en los que de acuerdo al ranking correspondía derivar a la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción, se argumenta que no



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

se efectúa contacto con dicho prestador porque este “no califica”, sin que se indique otro fundamento.

Lo anterior, no se condice con el objetivo que estipulan los contratos, ni con las obligaciones contraídas por las clínicas adjudicadas, cual es el de poner a disposición, para la atención en salud de los pacientes beneficiarios del Libro II del citado decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, los tipos de camas presentados en las ofertas económicas y técnicas.

Tabla N° 8: No derivación a prestadores en convenio

ID DE DERIVACIÓN	HOSPITAL DERIVADOR	PRESTADOR	MOTIVO	
521448	Barros Luco Trudeau	Clínica Colonial	Se deja constancia que la Mutual no califica para la derivación.	
481386		Clínica San Carlos de Apoquindo		
415860		Clínica Tabancura		
423605		Clínica Las Condes		
468409	Carlos Van Buren	Clínica San Carlos de Apoquindo		
442086	Regional de Rancagua	Clínica Las Condes		
522196		Clínica Las Condes		
469392	Clínico San Borja-Arriarán	Clínica Las Condes		
465672	De Urgencia Asistencia Pública	Clínica Las Condes		
413092	Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	Hospital Clínico UC		
513469		Clínica Las Condes		
424890	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	Clínica San Carlos de Apoquindo		
551546	De Castro	Clínica Los Andes (Puerto Montt)		Clínica Alemana de Osorno con cupo, pero sin HDN y sin residente.
419929	San Martín de Quillota	Clínica Miraflores		Rechaza paciente por no tener cardiología.
476096	Complejo Hospitalario San José	Clínica Santa María	Paciente no trae cultivos	
456041	Clínico San Borja-Arriarán	Clínica Tabancura	No otorga cupo, no se justifica el motivo.	
397143	De Urgencia Asistencia Pública	Clínica Tabancura	Clínica Vespucio cuenta con cupo, pero rechaza al paciente porque no cuentan con cardiólogo.	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en el sistema UGCC.

Sobre el particular, el director manifestó en su oficio de respuesta que en todos los casos observados por esta Contraloría General, las clínicas que correspondían según ranking no contaban con las prestaciones requeridas para el tipo de paciente que se requería derivar, por lo que se debió seguir buscando otro prestador.

Al respecto, corresponde mantener la observación, hasta que no se efectúe un control permanente acerca del cumplimiento de los procedimientos de derivación a los prestadores en convenio, de acuerdo al ranking establecido por el FONASA, ya que en algunos casos no se indicó el motivo del



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

no otorgamiento de la atención, lo cual será verificado en una futura auditoría sobre la materia que realice esta Contraloría General.

1.1.3. Ranking de priorización de las derivaciones

En el punto VII, del anexo N° 1, de los contratos de prestaciones de salud suscritos entre el FONASA y 29 entidades privadas, se indica que la selección del establecimiento al cual se trasladará cada paciente, realizado por la UGCC, estará sujeta al ranking de prioridad de las ofertas confeccionado por dicho servicio. Al respecto, se evidenció que en 37 traslados la referida unidad no respetó el orden establecido, tal como se indica en el Anexo N° 8.

La dirección del referido fondo reconoce la observación formulada, argumentando en cada caso los motivos que se tuvieron en cuenta para trasladar a un prestador en particular, sin respetar el orden de prioridad establecido, el que principalmente corresponde a que el proveedor respectivo no contaba con cupo en ese momento.

Se mantiene la observación, ya que, si bien se aceptan los argumentos expuestos por la entidad, en lo sucesivo se deberán adoptar las medidas correspondientes para que la intermediación de traslados efectuada por la UGCC, se efectúe respetando el ranking de prioridad confeccionado por el FONASA, lo que será verificado en una próxima auditoría sobre la materia.

1.1.4. Derivaciones a camas de complejidad diferente a la requerida

Una vez que se acuerda la transferencia de un paciente a un centro privado, el aludido sistema de la citada unidad origina la carta de resguardo que es enviada al receptor, como garantía de que la derivación fue realizada mediante el convenio firmado y, de este modo, el prestador garantiza el pago de las atenciones de acuerdo a precios convenidos para esa modalidad.

Sobre la materia, se determinó que en los 22 casos individualizados en la tabla N° 9, tanto la carta de resguardo como todo el proceso de búsqueda respaldado en el sistema, dan cuenta de la compra de un tipo de cama, no obstante lo cual, la facturación del prestador, y posterior pago se efectuó por un tipo de cama diferente, lo que hace variar los montos a desembolsar por el FONASA, esto es, que en algunos se pagó un valor superior y, en otros, inferior, para lo cual se muestran como ejemplo:

Tabla N° 9: Pagos por camas diferentes a las intermediadas por la UGCC

ID DERIVACIÓN	PRESTADOR	TIPO DE CAMA REQUERIDA UGCC	CAMA FACTURADA
387677	Clínica Bío-Bío	UCI Adulto	Básica Adulto
521448	Clínica Colonial	Básica Adulto	UTI y Aguda Adulto
455130	Clínica Isamédica	UCI Adulto	UTI Adulto
449455	Clínica Las Condes	UTI Pediátrica	Básica Adulto
423605		UCI Adulto	UTI Adulto
393438		Básica Adulto	UTI Adulto
442086		UCI Adulto	UTI Adulto
510365		UCI Neonatal	UTI Neonatal
522196		UCI Adulto	UTI Adulto
526133		UTI Adulto	UCI Adulto



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ID DERIVACIÓN	PRESTADOR	TIPO DE CAMA REQUERIDA UGCC	CAMA FACTURADA
439793		UTI Pediátrica	UCI Pediátrica
483524		UTI Pediátrica	UCI Pediátrica
469392		UCI Adulto	UTI Adulto
358056	Clínica Miraflores (Viña del Mar)	UTI Adulto	UCI y Básica Adulto
442804		UTI Adulto	UCI Adulto
424890	Clínica San Carlos de Apoquindo	UCI Adulto	UTI Básica
471323		UTI Pediátrica	UCI Pediátrica
463733	Clínica Santa María	UCI Adulto	UTI Adulto
436931	Clínica Tabancura	UTI Adulto	UCI Adulto
527323	Clínica Universitaria de Concepción	UTI Adulto	UCI Adulto
419929	Hospital Clínico Viña del Mar	UTI Adulto	UCI Adulto
456211		Básica Neonatal	UTI Neonatal

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en el sistema UGCC y la revisión de los comprobantes de egreso de la muestra.

En su respuesta, el director manifestó que el FONASA debe pagar por las atenciones de día cama efectivamente realizadas a los asegurados derivados a través de la UGCC, lo que queda acreditado en las epicrisis y en los informes emitidos por las clínicas. Agrega que, en esta licitación no se estableció la obligatoriedad de que el prestador en caso de efectuar un cambio de tipo de cama, informara inmediatamente a la UGCC, ni menos que solicitara autorización previa.

También señaló, que el sistema computacional de la UGCC año 2012, no permitía el registro de la evolución del tipo de cama utilizado durante la estadía de un paciente, y que en los nuevos contratos provenientes de la licitación del año 2013, sí se tuvo en consideración esta materia.

Sobre el particular, se mantiene la observación respecto a la derivación ID 449455 a la Clínica Las Condes, por cuanto a través de la UGCC se intermedió un día cama de cuidados intermedios pediátricos, la que tiene un valor de \$ 974.082, sin embargo, el prestador la ingresó a una cama básica pediátrica, la que no fue ofertada en la licitación ID 591-3-LP10. Posteriormente, por medio de la factura N° 1020833, la citada entidad de salud privada cobró al FONASA dos días de estadía en cama básica adulto, por un total de \$ 1.654.920, en circunstancias que a junio de 2012, el paciente tenía 3 años, 6 meses, procediendo el referido fondo al pago correspondiente, sin efectuar reparo u observación alguna sobre el particular.

En razón de lo expuesto, procede que la Dirección del FONASA incorpore esta materia al proceso disciplinario que se menciona en el numeral 1.5. del acápite de Aspectos de Control Interno, con el objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas que les cabrían a los funcionarios encargados de revisar y pagar las facturaciones a privados.

1.1.5. Facturaciones por valores diferentes de lo convenido

Los precios que se pagarían a los adjudicatarios por las prestaciones otorgadas, quedaron estipulados en la cláusula quinta de los convenios, estableciéndose al mismo tiempo, que dichos valores serían reajustados en la misma oportunidad y monto en que se acordara para el arancel FONASA de la modalidad de atención institucional, de acuerdo a cada tipo de día



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

cama, y que esa variación se llevaría a efecto una vez cumplido el primer año del contrato.

Al respecto, es dable indicar que los reajustes del arancel para los años 2011 y 2012, fueron de un 3,3% y de un 2,8% respectivamente, no obstante, se constató que el precio de los "Días Cama Hospitalización Integral" experimentaron un alza sólo en aquellos prestadores que lo solicitaron de manera formal (tabla N° 10), situación que junto con evidenciar que el FONASA no cumplió con una de las obligaciones comprometidas en los referidos convenios, vulnera el principio de igualdad de los oferentes, contemplado en el artículo 40 del reglamento de la referida ley N° 19.886 (aplica criterio contenido en el dictamen N° 65.497, de 2012, de esta Contraloría General, sobre el principio de buena fe contractual).

Tabla N° 10: Porcentaje de reajuste solicitado por algunos de los prestadores privados con los que el FONASA mantenía convenio.

PRESTADOR	FECHA DE SOLICITUD DEL REAJUSTE	% DE REAJUSTE
Clínica Colonial	03-04-2012	2,8
Clínica Vespucio	24-05-2012	2,8
Clínica Tabancura	14-08-2012	2,8
Hospital Clínico Viña del Mar	28-09-2012	2,8
Mutual de Seguridad	30-04-2012	2,0
Clínica Las Condes	07-06-2012	3,3

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en las cartas enviadas por los prestadores privados al FONASA solicitando la aplicación de reajuste.

Igualmente, se determinó que los reajustes efectuados a la Mutual de Seguridad (2%) y a la Clínica Las Condes (3,3%), no se condicen con el 2,8% que correspondía aplicar durante el año 2012 a los valores de los tipos de camas ofertados.

Asimismo, la Clínica Vespucio si bien informó un reajuste arancelario en un 2.8%, los cálculos establecidos en la carta enviada con fecha 24 de mayo de 2012, para los "Días Cama Hospitalización Integral" UCI Adulto, UTI Neonatal y Básica Neonatal, no se relacionan con el monto que se debió cobrar, tal como se muestra en la siguiente tabla, lo que implica una vulneración a lo dispuesto en los artículos 3° y 11 de la aludida ley N° 18.575, anteriormente citada, en relación al principio de control jerárquico que debe ejercer la autoridad sobre el actuar de sus funcionarios.

Tabla N° 11: Diferencias entre los valores reajustados para el año 2012 por la Clínica Vespucio en los siguientes tipos de camas.

TIPO DE CAMA	PRECIO REAJUSTADO POR LA CLÍNICA VESPUCIO (\$)	VALOR QUE CORRESPONDERÍA SEGÚN CÁLCULO DEL PRECIO EFECTUADO POR LA CGR (\$)
UCI Adulto	973.445	985.955
UTI Neonatal	367.770	375.672
Básica Neonatal	186.301	177.088

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en las cartas enviadas por los prestadores privados al FONASA solicitando la aplicación de reajuste.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Por otra parte, se observaron deficiencias en la operatividad de las derivaciones, ya que para el pago de las prestaciones el FONASA no tomó en consideración la intermediación que efectúa la UGCC, en la búsqueda del tipo de cama requerido por un paciente, situación que contraviene lo establecido en el punto VI, del Anexo N° 1, de los contratos de prestaciones de salud suscritos con los 29 prestadores privados, que señala que dicho fondo no pagará ninguna derivación que no cuente con el respaldo de la UGCC, donde se indique, entre otros, el tipo de cama a la que se derivará el paciente.

Tal es así, que se constataron traslados en los que la citada unidad inició la búsqueda de un tipo de cama, respaldando dicha autorización por medio de la carta de "derivación exitosa" (terminología utilizada en el manual de funcionamiento de la UGCC para señalar que se llevó a cabo el traslado), enviada a través de correo electrónico al prestador que otorgó el cupo, no obstante lo cual, el pago realizado por el fondo se efectuó considerando la información contenida en la facturación entregada por la clínica respectiva, sin verificar si existía o no coincidencia entre el tipo de cama cobrado y el intermediado, tal como se detalla en los Anexos N°s 9 y 10.

Al respecto, de acuerdo a los cálculos detallados en el Anexo N° 10, el FONASA habría efectuado desembolsos en exceso, situación que debe ser aclarada en la respuesta que proporcione ese servicio a este Organismo Fiscalizador, adjuntando todos los antecedentes de respaldo pertinentes. Asimismo, en dicha eventualidad, sería aplicable la cláusula sexta, letra a), de los contratos suscritos con los prestadores privados, donde se indica que la entidad, previa proposición del Administrador del Contrato, estará facultada para sancionar hasta en un 100% del valor cobrado o por cobrar, en caso de facturación indebida de prestaciones, sin perjuicio de la devolución de los montos pagados en exceso, lo que en la especie no ocurrió, ya que la institución auditada reconoció no haber aplicado multas durante la vigencia de los citados convenios.

Sobre la materia, es dable puntualizar, que en concordancia con el principio de interdicción de la arbitrariedad y el debido resguardo de los intereses fiscales, acaecidas las circunstancias previstas para la aplicación de multas, resulta imperativo para la entidad contratante cursarlas (aplica dictamen N° 5.633, de 2011, de este Órgano de Control).

En cuanto al reajuste de los precios, el director señala que el FONASA entendió que para aplicar la reajustabilidad era necesario que los prestadores lo solicitaran formalmente, y respecto a las deficiencias en la operatividad de las derivaciones, en el oficio de respuesta se aportan antecedentes que respaldan las objeciones formuladas.

En consideración a que el fondo corrobora lo señalado por esta Contraloría General, se mantiene lo observado respecto a la vulneración del principio de igualdad de los oferentes, al no aplicarse el reajuste a la totalidad de los proveedores con los que se mantenía convenios vigentes, y también en relación a los porcentajes de reajuste aplicados a la Mutual de Seguridad y a la Clínica Las Condes, subsanándose lo referido a la Clínica Vespucio, en virtud de los nuevos antecedentes aportados por el director.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Por último, respecto al pago de las prestaciones, corresponde señalar que analizadas las respuestas entregadas para cada una de las derivaciones, es posible concluir que las deficiencias advertidas por este Organismo Fiscalizador tienen su origen en las siguientes situaciones:

a) El FONASA pagó por tipos de cama diferentes a los intermediados por la UGCC, en virtud de que los prestadores efectuaron cambios de acuerdo a la evolución clínica del paciente, y éstos no quedan reflejados en el sistema informático, tal como se detalla en el anexo N° 11.

b) La planilla de derivaciones a prestadores en convenio durante el año 2012, entregada por el FONASA, daba cuenta de estadias de pacientes en un solo tipo de cama, en circunstancias que éstos habían sido cambiados por los centros de salud en razón de su evolución clínica.

Tabla N° 12: Derivaciones en las que el paciente ingresó al tipo de cama intermediada por la UGCC, pero luego fue cambiado por el prestador en virtud de su evolución clínica.

COMPROBANTE DE EGRESO			UGCC		ANTECEDENTES APORTADOS EN EL OFICIO DE RESPUESTA DEL FONASA
ID DE LA DERIVACIÓN	N° FACTURA	MONTO FACTURA (\$)	TIPO DE CAMA	CLÍNICA	CAMAS FACTURADAS
406176	1014859	9.150.930	9 días UCI Adulto	Las Condes	8 días cama UTI Adulto y 1 día cama UCI Adulto
456056	1020833	10.468.946	9 días UCI Pediátrica	Las Condes	8 días UCI Pediátrica y 1 día cama UTI Pediátrica
468941	6600	12.400.000	14 días UCI Pediátrica	Isamédica	10 días cama UCI Pediátrica y 4 días cama UTI Pediátrica
465672	1023699	12.101.154	13 días UCI Adulto	Las Condes	8 días cama UTI Adulto y 5 días cama Básica Adulto
361128	45030	1.785.261	5 días Básica Adulto	Vespucio	5 días cama Básica Adulto y 1 día UTI Adulto, sin reajustar
456041	46449	3.457.342	7 días UTI Neonatología	Vespucio	3 días cama UTI Neonatología y 4 días cama UCI Neonatología

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en el sistema UGCC, en los comprobantes de egreso proporcionados por el FONASA, y en el oficio de respuesta del preinforme de observaciones N° 160, de 2013.

c) La UGCC intermedió un tipo de cama, que fue la que quedó consignada en la planilla de derivación entregada a la referida comisión fiscalizadora, sin embargo, el prestador la ingresó a otro tipo, considerando sus protocolos internos, por lo que el FONASA debió pagar por una prestación diferente a la intercedida, basándose para ello en las epicrisis adjuntas a la facturación del prestador, tal como ocurre en la derivación ID 392137, a la Clínica Reñaca, donde la UGCC efectuó la derivación a día cama UTI Adulto, sin embargo, se facturaron y pagaron 3 días cama UCI Adulto por parte del FONASA,.

d) Algunas derivaciones realizadas a la Clínica Colonial, corresponden a "campaña de invierno", adjuntándose en el oficio de respuesta el convenio respectivo, que da cuenta de valores diferentes a los estipulados en el contrato proveniente de la licitación de "Día Cama Hospitalización Integral".



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

Tabla N° 13: Derivaciones por campaña de invierno, facturadas de acuerdo a los precios acordados en el Convenio Día Cama Integral Agudo con la Clínica Colonial.

COMPROBANTE DE EGRESO			UGCC		ANTECEDENTES APORTADOS EN EL OFICIO DE RESPUESTA DEL FONASA
ID DE LA DERIVACIÓN	N° FACTURA	MONTO FACTURA (\$)	TIPO DE CAMA	CLÍNICA	VALOR DEL CONVENIO POR CONCEPTO DE DÍA CAMA AGUDA (\$)
342024	1226	1.705.500	9 días Aguda Adulto	Colonial	189.500
341117	1226	379.000	2 días Aguda Adulto	Colonial	
354942	1226-1238	1.705.500	9 días Aguda Adulto	Colonial	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en el sistema UGCC, en los comprobantes de egreso proporcionados por el FONASA, y en el oficio de respuesta del preinforme de observaciones N° 160, de 2013.

e) Respecto a las derivaciones efectuadas a la Clínica Vespucio, corresponde señalar que durante el transcurso de la auditoría se le informó a la comisión fiscalizadora que el precio final de los 3 tipos de camas ofertados por esa clínica incluían en el cálculo del IVA el descuento del arancel en la modalidad de atención institucional (MAI), sin embargo, en el oficio de respuesta se argumenta que en las camas de cuidados intensivos y cuidados intermedios, los precios finales consideran el arancel del programa de prestaciones valoradas (PPV), y los de camas básicas, el del MAI, lo que permite aclarar las diferencias detectadas en los cálculos efectuados durante la revisión.

Sobre el particular, se mantienen las objeciones formuladas, ya que si bien los antecedentes aportados en el oficio de respuesta permiten conciliar los montos facturados por las clínicas con los precios de los "Día Cama Hospitalización Integral" estipulados en los contratos suscritos con los prestadores, persisten las deficiencias relacionadas con la operatividad de las derivaciones, debiendo el FONASA implementar los procedimientos que sean necesarios para que los hechos descritos no se repitan, lo que será verificado por esta Contraloría General en una próxima auditoría que se practique sobre la materia.

CONCLUSIONES

El FONASA ha aportado antecedentes e iniciado acciones que han permitido subsanar parte de las observaciones planteadas, como se expresa en el cuerpo del presente informe, las que serán validadas en una próxima visita que se realice a ese Servicio, conforme a las políticas de fiscalización de este Órgano de Control.

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

1. Instruir un proceso disciplinario con el objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas de los funcionarios encargados de revisar, autorizar y pagar las facturaciones a los prestadores privados, remitiendo a este Organismo de Control la resolución de inicio



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

del mismo dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la recepción del presente informe, y el acto administrativo que lo afine junto con el expediente, para su correspondiente examen previo de legalidad (Aspectos de Control Interno, numeral 1.5. y Examen de Cuentas, numeral 1.1.4)

2. Respetar los criterios y ponderaciones establecidas en las bases administrativas y técnicas que regulan los procesos licitatorios (Control Interno, numeral 1.1.)

3. Publicar en el Sistema de Información de Compras y Contratación Pública, en todos sus procesos de compra, los contratos suscritos con los proveedores, para dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 57, letra b), del decreto N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda (Control Interno 1.2.)

4. Implementar nuevos procedimientos que aseguren el cumplimiento de las medidas propuestas por el FONASA respecto a la recepción, registro y custodia de las boletas de garantía de fiel cumplimiento de contratos (Control Interno, numeral 1.3.)

5. Aprobar los contratos y sancionar los actos administrativos, a la mayor brevedad, acatando lo dispuesto en el artículo 7°, de la ley N° 19.880, de Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado (Control Interno, numeral 1.4.)

6. Regularizar el pago pendiente de la factura N° 113493, de la Clínica Dávila y Servicios S.A., junto con instruir y velar para que en lo sucesivo se dé estricto cumplimiento a las instrucciones contenidas en el oficio circular N° 23, de 2006, del Ministerio de Hacienda, respecto a efectuar los pagos a proveedores en un plazo no superior a los 30 días corridos después del devengamiento de la factura (Control Interno, numeral 1.6.)

7. Establecer un control permanente respecto a la facturación de las derivaciones por parte de los prestadores en convenio, con el propósito de evitar demoras excesivas (Examen de Cuentas, numeral 1.1)

8. Cumplir con los procedimientos de derivación a los prestadores en convenio, contemplados en la resolución exenta N° 748, de 2012, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, iniciando la búsqueda de camas en primer lugar en la red pública, y en su defecto, en el sector privado, según el ranking de las clínicas establecido por el FONASA, revisando que ellas no correspondan a traslados en virtud de los protocolos de acuerdo (Examen de Cuentas, numerales 1.1.1. y 1.1.3.)

9. Velar por la observancia de lo estipulado en la cláusula tercera de los contratos de prestación de servicios de salud "Día Cama Hospitalización Integral", provenientes de la licitación ID 591-9-LP13, relativo a que en caso que un prestador decida cambiar la cama designada originalmente por la UGCC, deberá informar al hospital de tal cambio, y al call center de la referida unidad, para modificar la carta de respaldo y la derivación en el sistema informático (Examen de Cuentas, numeral 1.1.2.)




CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

10. Velar para que, en lo sucesivo, el FONASA no pague ninguna derivación que no cuente con el respaldo de la UGCC y que los valores sean reajustados de conformidad a lo dispuesto en el respectivo contrato suscrito al efecto (Examen de Cuentas, numeral 1.1.5.)

Finalmente, para aquellas observaciones que se mantienen, se deberá remitir el "Informe de Estado de Observaciones" de acuerdo al formato adjunto en el anexo N° 12, en un plazo máximo de 60 días hábiles, a partir de la recepción del presente reporte, informando las medidas adoptadas y acompañando los antecedentes de respaldo correspondientes.

Saluda atentamente a Ud.,



Por Orden del Contralor General
MARIA ISABEL CARPEL CÁJALERO
Abogada Jefe
División de Auditoría Administrativa



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 1

ERRORES EN LAS PUNTUACIONES CONSIGNADAS EN EL ACTA DE LA COMISIÓN EVALUADORA

PRESTADOR	1° ADJUDICACIÓN (cálculo según la resolución)	1° ADJUDICACIÓN (cálculo de la CGR)	2° ADJUDICACIÓN (cálculo según la resolución)
	PUNTAJE TOTAL DE LA OFERTA		
Clínica Alemana de Osorno	77,08	80,59	80,59
Clínica Colonial	74,88	78,83	78,83
Hospital Parroquial San Bernardo	73,75	78,75	78,75
Clínica San Carlos de Apoquindo	73,69	75,98	75,98
Clínica del Maule	73,57	76,78	76,78
Clínica Dávila	73,55	76,75	76,75
Clínica Bío-Bío S.A.	73,15	75,26	75,26
Mutual de Seguridad	72,60	76,36	76,36
Clínica Tabancura	71,36	74,74	74,74
Clínica Las Condes	71,01	72,64	72,64
Clínica San Alberto	69,25	74,25	74,25
Clínica Vespucio S.A.	69,18	72,29	72,29
Hospital del Trabajador ACHS	68,65	72,25	72,25
Clínica Reñaca	68,53	70,53	70,53
Clínica Alemana de Santiago	68,10	70,94	70,94
Clínica Magallanes S.A.	67,58	70,29	70,29
Red Clínica UC	67,38	69,75	69,75
Clínica Los Andes Puerto Montt	67,21	69,83	69,83
Clínica Los Maitenes	66,88	69,91	69,91
Fundación de Salud El Teniente	65,27	67,40	69,00
Clínica Santa María	65,22	67,33	67,33
Hospital Clínico del Sur S.A.	65,20	67,31	67,31
Hospital Clínico Viña del Mar	65,20	67,31	67,31
Clínica Iquique	64,69	64,93	64,93
Clínica San Antonio	63,45	67,00	67,00
Clínica Las Amapolas	62,10	62,69	62,69
Fundación Hospital San José	60,65	62,37	62,37
Clínica Integral S.A.	59,96	61,97	61,97
Sociedad Administradora Clínica Miraflores S.A.	51,80	55,25	55,25
Clínica Isamédica	47,55	49,94	49,94
Clínica Universitaria de Concepción	41,04	42,30	42,30
Hospital Clínico U. de Chile	40,94	41,67	41,67
Sanatorio Alemán de Concepción	32,10	32,50	43,99
Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A.		No fue considerada en primera evaluación.	37,70

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, considerando la información contenida en las bases de la licitación pública ID 591-3-LP10, y en el acta de la comisión evaluadora.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 2

BOLETAS DE FIEL CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

BOLETAS DE GARANTÍA					
PRESTADOR	FECHAS DEL CONTRATO		FECHAS DE LA BOLETA DE GARANTÍA		DÍAS NO CUBIERTOS POR LA BOLETA DE GARANTÍA
	TOMA DE RAZÓN	CADUCIDAD	PERÍODO QUE DEBIÓ CUBRIR	VIGENCIA ESTIPULADA	
Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A.	25-02-2011	25-02-2013	23-05-2013	20-08-2012	276
Corporación de Beneficencia Osorno	14-01-2011	14-01-2013	09-04-2013	21-08-2012	231
Clinica Los Andes de Puerto Montt S.A.	13-01-2011	03-01-2013	28-03-2013	20-08-2012	220
Sociedad Clínica Maitenes Ltda.	06-12-2010	06-12-2012	04-03-2013	20-08-2012	196
Universidad de Chile (Hospital Clínico)	15-12-2010	15-12-2012	12-03-2013	30-08-2012	194
Hospital Clínico del Sur S.A.	30-11-2010	30-11-2012	26-02-2013	20-08-2012	190
Clinica Reñaca S.A.	30-11-2010	30-11-2012	26-02-2013	20-08-2012	190
Clinica San Antonio	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Clinica de Salud Integral Ltda.	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Fundación Hospital San José de Puerto Varas	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Clinica Las Condes S.A.	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Sociedad Médica de Establecimientos Clínicos de Salud S.A.	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Clinica Bio-Bio S.A.	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Clinica Vespucio S.A.	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Hospital Clínico Viña del Mar S.A.	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Inmobiliaria Clínica San Carlos de Apoquindo S.A.	11-11-2010	11-11-2012	05-02-2013	20-08-2012	169
Sociedad Administradora Clínica Miraflores S.A.	15-11-2010	15-11-2012	11-02-2013	31-08-2012	164
Clinica Santa María S.A.	05-11-2010	05-11-2012	30-01-2013	20-08-2012	163
Clinica Colonial S.A.	05-11-2010	05-11-2012	30-01-2013	20-08-2012	163
Pontificia Universidad Católica de Chile (Red Clínica U.C)	15-11-2010	15-11-2012	11-02-2013	30-09-2012	134
Fundación de Salud El Teniente	15-11-2010	15-11-2012	11-02-2013	15-10-2012	119
Clinica Dávila y Servicios Médicos S.A.	15-11-2010	15-11-2012	11-02-2013	15-10-2012	119
Clinica Iquique S.A.	15-11-2010	15-11-2012	11-02-2013	15-10-2012	119
Clinica San Alberto S.A.	15-11-2010	15-11-2012	11-02-2013	20-11-2012	83
Mutual de Seguridad	11-07-2011	11-07-2013	10-10-2013	30-09-2013	10
Servicios Médicos Tabancura S.A.	28-10-2010	28-10-2012	23-01-2013	13-01-2013	10
Clinica Las Amapolas Ltda.	12-11-2010	12-11-2012	06-02-2013	No se tuvo a la vista el documento	-

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a las boletas de garantía de fiel cumplimiento del contrato, proporcionadas por el FONASA.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 3

**CONTRATOS QUE REGULAN LA ADQUISICIÓN DE LOS SERVICIOS DE
 PRESTACIÓN DE DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN INTEGRAL**

PRESTADOR	CONTRATO			DIFERENCIA DETERMINADA POR LA CGR
	FECHA DE LA FIRMA	N° RESOLUCIÓN APROBATORIA	FECHA DE LA RESOLUCIÓN APROBATORIA	DÍAS ENTRE LA FIRMA DEL CONTRATO Y LA APROBACIÓN
Mutual de Seguridad	10-06-2010	2 C/N° 21	17-01-2011	221
Sociedad Clínica del Maule S.A.	10-06-2010	2 C/N° 17	11-01-2011	215
Clínica Universitaria de Concepción S.A.	10-06-2010	2 C/N° 723	23-12-2010	196
Clínica Los Andes de Puerto Montt S.A.	10-06-2010	2 C/ N° 683	10-12-2010	183
Universidad de Chile (Hospital Clínico)	10-06-2010	2C/N° 682	07-12-2010	180
Hospital Clínico del Sur S.A.	10-06-2010	2 C/N° 647	09-11-2010	152
Clínica Reñaca S.A.	10-06-2010	2 C/N° 646	09-11-2010	152
Clínica Las Amapolas Ltda.	10-06-2010	2 C/N° 633	27-10-2010	139
Clínica de Salud Integral Ltda.	10-06-2010	2 C/N° 618	20-10-2010	132
Corporación de Beneficencia Osorno	10-06-2010	2C/N° 600	14-10-2010	126
Fundación Hospital San José de Puerto Varas	10-06-2010	2C/N° 598	14-10-2010	126
Sociedad Médica de Establecimientos Clínicos de Salud S.A.	10-06-2010	2C/N° 599	14-10-2010	126
Clínica Bio-Bio S.A.	10-06-2010	2 C/N° 601	14-10-2010	126
Sociedad Administradora Clínica Miraflores S.A.	10-06-2010	2C/N° 588	08-10-2010	120
Servicios Médicos Tabancura S.A.	10-06-2010	2C/N° 586	08-10-2010	120
Pontificia Universidad Católica de Chile (Red Clínica U.C)	10-06-2010	2C/N° 587	08-10-2010	120
Clínica Las Condes S.A.	10-06-2010	2 C/ N° 585	08-10-2010	120
Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A.	10-06-2010	2 C/N° 582	08-10-2010	120
Clínica Iquique S.A.	10-06-2010	2 C/N° 584	08-10-2010	120
Inmobiliaria Clínica San Carlos de Apoquindo S.A.	10-06-2010	2C/N° 583	08-10-2010	120
Fundación de Salud El Teniente	10-07-2010	2 C/N° 580	06-10-2010	118
Clínica San Antonio	10-06-2010	2 C/N° 581	06-10-2010	118
Hospital Clínico Viña del Mar S.A.	10-06-2010	2 C/N° 578	06-10-2010	118
Clínica San Alberto S.A.	10-06-2010	2 C/N° 602	04-10-2010	116
Clínica Vespucio S.A.	10-06-2010	2C/N° 579	04-10-2010	116
Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A.	30-07-2010	2C/N° 634	29-10-2010	91
Sociedad Clínica Maitenes Ltda.	10-06-2010	2C/N° 522	03-09-2010	85
Clínica Santa María S.A.	10-06-2010	2C/N° 523	03-09-2010	85
Clínica Colonial S.A.	10-06-2010	2 C/N° 524	03-09-2010	85
Asociación Chilena de Seguridad, Hospital del Trabajador Corporación Sanatorio Alemán Hospital Parroquial de San Bernardo Clínica Magallanes S.A. Clínica Alemana de Santiago S.A.	Resultaron adjudicadas, pero no suscribieron contrato.			

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la copia de los contratos proporcionados por el FONASA.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 4

COMPROBANTES DE EGRESO EN LOS QUE NO SE ADJUNTA COPIA DE LOS
FOLIOS CERTIFICADORES DEL FONASA

ID DE LA DERIVACIÓN	HOSPITAL DERIVADOR	ID DEL EGRESO	FECHA DE LA DERIVACIÓN
510186	Carlos Van Buren	374305	25-09-2012
407163		364132	24-04-2012
421700		364132	17-05-2012
342328		369466	31-01-2012
387677	Grant Benavente	364456	25-03-2012
388067		364456	25-03-2012
388068		364456	25-03-2012
358056	Gustavo Fricke	352318	06-02-2012
484248		317769	18-08-2012
409261		364132	27-04-2012
394985	San Martín de Quillota	358252	05-04-2012
549147		388350	15-11-2012
482332		374305	15-08-2012
442804		364132	18-06-2012
490308	Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	377186	28-08-2012
570011		383164	16-12-2012
413092	Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	377186	03-05-2012
393438	San Juan de Dios de Curicó	364456	04-04-2012
413302		371736	03-05-2012
398576	Complejo Hospitalario San José	364456	11-04-2012
380462	Herminda Martín	364456	09-03-2012
512141	Hernán Henríquez de Temuco	377186	27-09-2012
464098	Quilpué	365582	17-07-2012
534010	San Borja-Arriarán	381137	27-10-2012
551546	De Castro	384731	19-11-2012
433238	De Urgencia Asistencia Pública	374305	05-06-2012

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en los comprobantes de egreso examinados.





CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 5

COMPROBANTES DE EGRESO EN LOS QUE SE ADJUNTA COPIA DE LOS FOLIOS CERTIFICADORES DE FONASA, EMITIDOS CON FECHA POSTERIOR A LA DE LA DERIVACIÓN

ID DE LA DERIVACIÓN	HOSPITAL DERIVADOR	ID DEL EGRESO	FECHA DE LA DERIVACIÓN	FECHA DEL DOCUMENTO	
506563	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	372031	19-09-2012	28-09-2012	
342066	Complejo Hospitalario San José	352318	12-01-2012	31-01-2012	
476096		369474	05-08-2012	07-08-2012	
423605	Barros Luco Trudeau	364527	20-05-2012	01-06-2012	
504343		371749	15-09-2012	25-09-2012	
521448		377186	07-10-2012	03-11-2012	
526519		377186	15-10-2012	03-11-2012	
415860		363454	08-05-2012	28-05-2012	
446089		Gustavo Fricke	367071	22-06-2012	24-07-2012
527800			377186	17-10-2012	31-10-2012
435131	Regional de Rancagua	364527	07-06-2012	29-06-2012	
435125		364527	07-06-2012	29-06-2012	
442086		364527	17-06-2012	19-06-2012	
443602		365582	19-06-2012	19-07-2012	
428887		365582	29-05-2012	13-07-2012	
529937		377186	20-10-2012	07-11-2012	
487235		377186	22-08-2012	06-09-2012	
485063		372031	20-08-2012	31-08-2012	
419929		San Martín de Quillota	363476	14-05-2012	05-06-2012
456211			367071	04-07-2012	19-07-2012
524793	377186		13-20-2012	31-10-2012	
451114	San Borja-Arriarán	366281	28-06-2012	13-07-2012	
528094		377186	18-10-2012	29-10-2012	
397143	De Urgencia Asistencia Pública	364456	09-04-2012	23-04-2012	
418680		364527	12-05-2012	31-05-2012	
526133		374305	15-10-2012	31-10-2012	
536733		377186	31-10-2012	03-11-2012	
527217		377186	17-10-2012	03-11-2012	
465672		369474	19-07-2012	20-07-2012	
404456		363454	19-04-2012	30-04-2012	
436931		367071	11-06-2012	27-06-2012	
429223	Dr. César Garavagno Burotto	365582	23-05-2012	13-07-2012	
439793	Dr. Exequiel González Cortés	364527	14-06-2012	19-06-2012	
482497		372031	15-08-2012	27-08-2012	
379187	El Pino	364456	11-03-2012	30-03-2012	
527323	Las Higueras (Talcahuano)	387144	16-10-2012	09-01-2013	
513469	Padre Alberto Hurtado	374305	29-09-2012	09-10-2012	
366946	Presidente Carlos Ibáñez del Campo	354088	20-02-2012	29-02-2012	
471323	San José (Melipilla)	369474	28-07-2012	07-08-2012	
487418	San Juan de Dios de Santiago	372031	24-08-2012	31-08-2012	
415036		363454	06-05-2012	18-05-2012	
502173	San Pablo (Coquimbo)	374328	12-09-2012	03-10-2012	
424890	Instituto Traumatológico	363476	22-05-2012	11-06-2012	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en los comprobantes de egreso examinados.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 6

COMPROBANTES DE EGRESO EN LOS QUE NO SE ADJUNTA COPIA DE LA
EPICRISIS U ORDEN DE ATENCIÓN

ID DE LA DERIVACIÓN	HOSPITAL DERIVADOR	ID DEL EGRESO	FECHA DE LA DERIVACIÓN
518155	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	377909	02-10-2012
535158		377909	29-10-2012
506563		372031	19-09-2012
342066	Complejo Hospitalario San José	352318	12-01-2012
423605	Barros Luco Trudeau	364527	20-05-2012
406176		364456	23-04-2012
406176		374305	09-10-2012
342024		352365	12-01-2012
354942		352365	31-01-2012
415860		363454	08-05-2012
449455		367210	26-06-2012
385014	Dr. Félix Bulnes Cerda	356297	21-03-2012
358056	Gustavo Fricke	352318	06-02-2012
442086	Regional de Rancagua	364527	17-06-2012
530128		374305	21-10-2012
485063		372031	20-08-2012
512481	San Felipe	374305	27-09-2012
456056	San Borja-Arriarán	367210	05-07-2012
528094		377186	18-10-2012
397143	De Urgencia Asistencia Pública	364456	09-04-2012
418680		364527	12-05-2012
526133		374305	15-10-2012
404456		363454	08-06-2012
436931		367071	10-06-2012
439793		364527	14-06-2012
482497	Dr. Exequiel González Cortés	372031	15-08-2012
386249	Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	356297	22-03-2012
379187	El Pino	364456	11-03-2012
366946	Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	354088	20-02-2012
463733	San José (Melipilla)	367071	16-07-2012
341117	San Juan de Dios de Santiago	352365	10-01-2012
487418		372031	24-08-2012
415036		363454	06-05-2012
393438	San Juan de Dios de Curicó	364456	04-04-2012

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en los comprobantes de egreso examinados.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 7

COMPROBANTES DE EGRESO EN LOS QUE SE ADJUNTA COPIA DE LA CARTA DE DERIVACIÓN EXITOSA DE LA UGCC, SIN FECHA

ID DE LA DERIVACIÓN	HOSPITAL DERIVADOR	ID DEL EGRESO	FECHA DE LA DERIVACIÓN
518155	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	377909	02-10-2012
423605	Barros Luco Trudeau	364527	20-05-2012
406176		364456	23-04-2012
406176		374305	09-10-2012
504343		371749	15-09-2012
415860		363454	08-05-2012
510186		Carlos Van Buren	374305
407163	364132		24-04-2012
421700	364132		17-05-2012
468409	369474		24-07-2012
449455	Dr. Félix Bulnes Cerda		367210
385014		356297	21-03-2012
484248	Gustavo Fricke	317769	18-08-2012
409261		364132	27-04-2012
430938		364132	01-06-2012
464098	Quilpué	365582	17-07-2012
435131	Regional de Rancagua	364527	07-06-2012
435125		364527	07-06-2012
530128		374305	21-10-2012
487235		377186	22-08-2012
485063		372031	20-08-2012
512481	San Felipe	374305	27-09-2012
394985	San Martín de Quillota	358252	05-04-2012
518954		374305	03-10-2012
482332		374305	15-08-2012
442804		364132	18-06-2012
456056	San Borja-Arriarán	367210	05-07-2012
451114		366281	28-06-2012
534010		381137	27-10-2012
469392		369474	27-05-2012
528094		377186	18-10-2012
551546	De Castro	384731	19-11-2012
397143	De Urgencia Asistencia Pública	364456	09-04-2012
418680		364527	12-05-2012
526133		374305	15-10-2012
465672		369474	19-07-2012
404456		363454	19-04-2012
436931		367071	10-06-2012
439793	Dr. Exequiel González Cortés	364527	14-06-2012
482497		372031	15-08-2012
386249	Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	356297	22-03-2012
379187	El Pino	364456	11-03-2012
513469	Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	374305	29-09-2012
366946	Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	354088	20-02-2012
471323	San José (Melipilla)	369474	28-07-2012
463733		367071	16-07-2012
487418	San Juan de Dios de Santiago	372031	24-08-2012
393438	San Juan de Dios de Curicó	364456	04-04-2012

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en los comprobantes de egreso examinados.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 8

RANKING DE PRIORIZACIÓN DE LAS DERIVACIONES

ID DE LA DERIVACIÓN	HOSPITAL DERIVADOR	PRESTADOR
490308	Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	Clínica Bío-Bío
455130	Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	Clínica Isamédica
386249	Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	Clínica Las Condes
449455	Dr. Félix Bulnes Cerda	
423605	Barros Luco Trudeau	
393438	San Juan de Dios de Curicó	
406176	Barros Luco Trudeau	
439793	Dr. Exequiel González Cortés	
551546	De Castro	Clínica Los Andes (Puerto Montt)
534667	Carlos Van Buren	Clínica Reñaca
343755	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	Clínica San Carlos de Apoquindo
529937	Regional de Rancagua	
468409	Carlos Van Buren	Clínica Tabancura
487235	Regional de Rancagua	
415860	Barros Luco Trudeau	
415036	San Juan de Dios de Santiago	
506563	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	
485063	Regional de Rancagua	
404456	De Urgencia Asistencia Pública	
436931	De Urgencia Asistencia Pública	
528094	San Borja-Arriarán	
379187	El Pino	
342066	Complejo Hospitalario San José	
397143	De Urgencia Asistencia Pública	
418680	De Urgencia Asistencia Pública	
366946	Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	Clínica Universitaria de Concepción
527323	Las Higueras (Talcahuano)	
437798	San Juan de Dios de Curicó	Clínica Vespucio
361128	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	
456041	San Borja-Arriarán	
398576	Complejo Hospitalario San José	
413092	Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	Hospital Clínico UC
433238	De Urgencia Asistencia Pública	
527800	Gustavo Fricke	Hospital Clínico Viña del Mar
373729	San Martín de Quillota	
456211	San Martín de Quillota	
524793	San Martín de Quillota	

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en el sistema UGCC.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 9

DIFERENCIAS DE FACTURACIÓN EN LOS QUE EL VALOR PAGADO POR EL FONASA ES MENOR, SI SE CONSIDERA EL PROCESO DE INTERMEDIACIÓN EFECTUADO POR LA UGCC

COMPROBANTE DE EGRESO			UGCC		VALORIZACIÓN CORRECTA		
ID DE LA DERIVACIÓN	N° FACTURA	MONTO FACTURA (\$)	TIPO DE CAMA	CLÍNICA	VALOR UNITARIO (\$)	VALOR CORRECTO (\$)	DIFERENCIA ENTRE LA FACTURA Y EL VALOR SEGÚN EL TIPO DE CAMA (\$)
387677	42002	316.000	1 día UCI Adulto	Bio- Bio	1.050.000	1.050.000	-734.000
449455	1020833	1.654.920	2 días UTI Pediátrica	Las Condes	974.082	1.948.164	-293.244
423605	1018888	9.955.091	10 días UCI Adulto	Las Condes	1.186.858	11.868.580	-1.913.489
442086	1018888	995.509	1 día UCI Adulto	Las Condes	1.186.858	1.186.858	-191.349
406176	1014859	9.150.930	9 días UCI Adulto	Las Condes	1.186.858	10.681.722	-1.530.792
510365	1029736	1.812.716	4 días UCI Neonatología	Las Condes	809.033	3.236.132	-1.423.416
522196	1029736	995.509	1 día UCI Adulto	Las Condes	1.186.858	1.186.858	-191.349
456056	1020833	10.468.946	9 días UCI Pediátrica	Las Condes	1.186.858	10.681.722	-212.776
398576	45567	4.431.685	4 días UCI Adulto y 1 día UTI Adulto	Clínica Vespucio	973.445 y 661.992	4.555.772	-124.087
342024	1226	1.705.500	9 días Aguda Adulto	Colonial	198.000	1.782.000	-76.500
341117	1226	379.000	2 días Aguda Adulto	Colonial	198.000	396.000	-17.000
354942	1226-1238	1.705.500	9 días Aguda Adulto	Colonial	198.000	1.782.000	-76.500
455130	6600	7.800.000	13 días UCI Adulto	Isamédica	1.000.000	13.000.000	-5.200.000
468941	6600	12.400.000	14 días UCI Pediátrica	Isamédica	1.000.000	14.000.000	-1.600.000
465672	1023699	12.101.154	13 días UCI Adulto	Las Condes	1.186.858	15.429.154	-3.328.000
469392	1023699	5.973.054	6 días UCI Adulto	Las Condes	1.186.858	7.121.148	-1.148.094
424890	52398	7.489.328	10 días UCI Adulto	San Carlos de Apoquindo	1.023.756	10.237.560	-2.748.232
463733	39298	6.750.000	9 días UCI Adulto	Santa María	1.200.000	10.800.000	-4.050.000

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General, en base a la información contenida en el sistema UGCC y en los comprobantes de egreso proporcionados por el FONASA.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 10

DIFERENCIAS DE FACTURACIÓN EN LOS QUE EL VALOR PAGADO POR EL FONASA ES MAYOR, SI SE CONSIDERA EL PROCESO DE INTERMEDIACIÓN EFECTUADA POR LA UGCC

ID	FACTURA					OBSERVACIÓN			
	DERIVACIÓN	N°	MONTO (\$)	TIPO DE CAMA	PRESTADOR	VALOR (\$)	FACTURACIÓN CORRECTA (\$)	DETALLE	DIFERENCIA EN EL VALOR PAGADO (\$)
393438	1014859	7.964.072	8 días UTI adulto	Clínica Las Condes	827.460	6.619.680	6.619.680	Carta de derivación de la UGCC y búsqueda en el sistema informático indican tipo de cama "Básica Adulto", la que tiene un valor de \$ 827.460, por lo que los 8 días de estadía tendrían un costo total de 6.619.680. La clínica factura 8 días UTI adulto.	1.344.392
439793	1018888	1.186.858	1 día UCI pediátrica	Clínica Las Condes	974.082	974.082	974.082	Carta de derivación de la UGCC y búsqueda en el sistema informático indican tipo de cama UTI pediátrica, la que tiene un valor de \$ 974.082, por lo que la estadía tendría un costo de \$ 974.082, sin embargo la clínica factura 1 día UCI pediátrico.	212.776
358056	4224-4225	6.771.742	7 días UCI adulto y 3 días básico adulto	Clínica Miraflores (Viña del Mar)	617.710	6.177.108	6.177.108	Carta de derivación de la UGCC y búsqueda en el sistema informático indican tipo de cama UTI adulto, la que tiene un valor de \$ 617.710, por lo que la estadía tendría un costo de \$ 6.177.108, pero la clínica factura 7 días UCI adulto y 3 días básico adulto.	594.634
392137	153488	3.900.000	3 día UCI adulto	Clínica Reñaca	1.000.000	3.000.000	3.000.000	Carta de derivación de la UGCC y búsqueda en el sistema informático indican tipo de cama UTI adulto, la que tiene un valor de \$ 1.000.000, por lo que la estadía tendría un costo de \$ 3.000.000 no obstante, la clínica factura 3 días UCI adulto.	900.000
396957	153799	2.600.000	2 día UCI adulto	Clínica Reñaca	1.300.000	1.300.000	1.300.000	Resumen de ficha clínica comienzan el 09/04/2012 a las 02:30 AM y terminan el 10/04/2012 a las 00:15 por fallecimiento del paciente, por lo que no se entiende por qué la clínica está cobrando el 08/04/2012 como día UCI, si el paciente no habría ingresado aún a la Clínica.	1.300.000
527323	3452	6.000.000	4 días UCI adulto	Clínica Universitaria de Concepción	1.200.000	4.800.000	4.800.000	Carta de derivación de la UGCC y búsqueda en el sistema informático indican tipo de cama UTI adulto, la que tiene un valor de \$ 1.200.000, por lo que la estadía tendría un costo de \$ 4.800.000. Sin embargo, la clínica factura 4 días UCI adulto.	1.200.000
521448	1417-1492	17.038.072	26 días aguda adulto y 29 días UTI adulto	Clínica Colonial	130.556	7.180.580	7.180.580	Correspondía facturar 55 días cama básica adulto a \$ 130.556. Se facturan 26 días cama aguda adulto a \$ 203.544 y 29 días cama UTI adulto a \$ 405.032.	9.857.492
442804	4700	895.831	1 día UCI adulto	Clínica Miraflores	617.710	617.710	617.710	Correspondía facturar 1 día cama UTI adulto a \$ 617.710, y se factura un día cama UCI adulto a \$ 895.833.	278.121



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ID	FACTURA					OBSERVACIÓN		
	DERIVACIÓN	N°	MONTO (\$)	TIPO DE CAMA	PRESTADOR	VALOR (\$)	FACTURACIÓN CORRECTA (\$)	DETALLE
471323	53707	880.331	1 día UCI pediátrica	Clínica San Carlos de Apoquindo	786.166	786.166	Correspondía facturar 1 día cama UTI pediátrico a \$ 786.166 y se factura un día cama UCI pediátrico a \$ 880.331.	94.165
436931	223334	2.352.521	2 días UCI adulto	Clínica Tabancura	791.088	1.582.176	El tipo de cama para el paciente era coronaria, por 2 días. Corresponde realizar búsqueda de cama UCI o UTI. La búsqueda en el sistema UGCC se realiza a través de ranking UTI adulto a Clínica Tabancura a \$ 791.088, sin embargo, el paciente se deriva a una cama UCI adulto a \$ 1.176.260 de la misma clínica.	770.345
361128	45030	1.785.261	5 días básica adulto	Clínica Vespucio	234.651	1.173.255	Correspondía facturar 5 días cama Básica Adulto a \$ 234.651. Se factura el mismo tipo de cama, pero a un valor diferente al estipulado en la carta de reajuste para el año 2012.	612.006
456041	46449	3.457.342	7 días UTI neonatología	Clínica Vespucio	367.770	2.574.390	Correspondía facturar 7 días UTI neonatología a \$ 367.770. Se factura un valor diferente al estipulado en la carta de reajuste para el año 2012.	882.952
419929	16048	1.900.000	2 días UCI adulto	Hospital Clínico Viña del Mar	712.500	1.425.000	Correspondía facturar 2 días cama UTI adulto a \$ 712.500 y se facturan dos días cama UCI a \$ 950.000.	475.000
456211	16560	562.500	1 día Básica neonatología	Hospital Clínico Viña del Mar	0	0	El Hospital Clínico de Viña del Mar no ofertó el tipo de cama básica neonatología, se deriva a 1 día de cama UTI neonatología a \$ 562.500. No se respeta el ranking establecido para esta cama básica y tampoco hay registro de búsqueda por ese tipo de UTI.	562.500

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en el sistema UGCC y en los comprobantes de egreso proporcionados por el FONASA.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 11

DERIVACIONES EN LAS QUE LOS PRESTADORES EFECTUARON CAMBIOS EN EL TIPO DE CAMA DE CAUERDO A LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES

COMPROBANTE DE EGRESO			UGCC		ANTECEDENTES APORTADOS EN OFICIO DE RESPUESTA
ID DE LA DERIVACIÓN	N° FACTURA	MONTO FACTURA (\$)	TIPO DE CAMA	CLÍNICA	TIPO DE CAMA SEGÚN EPICRISIS
387677	42002	316.000	1 día UCI Adulto	Bio- Bio	1 día cama Básica Adulto
449455	1020833	1.654.920	2 días UTI Pediátrica	Las Condes	Oficio de respuesta indica 2 días en cama Básica Pediátrica. La clínica no ofertó cama Básica Pediátrica, por lo que se facturaron 2 días de cama Básica Adulto.
423605	1018888	9.955.091	10 días UCI Adulto	Las Condes	10 días cama UTI Adulto
442086	1018888	995.509	1 día UCI Adulto	Las Condes	1 día UTI Adulto
510365	1029736	1.812.716	4 días UCI Neonatología	Las Condes	4 días cama UTI Neonatología
522196	1029736	995.509	1 día UCI Adulto	Las Condes	1 día cama UTI adulto
455130	6600	7.800.000	13 días UCI Adulto	Isamédica	13 días cama UTI Adulto
469392	1023699	5.973.054	6 días UCI Adulto	Las Condes	6 días cama UTI Adulto
424890	52398	7.489.328	10 días UCI Adulto	San Carlos de Apoquindo	8 días cama UTI Adulto y 3 días cama Básica Adulto
463733	39298	6.750.000	9 días UCI Adulto	Santa Maria	9 días UTI Adulto
393438	1014859	7.964.072	8 Básica Adulto	Las Condes	8 días UTI Adulto
439793	1018888	1.186.858	1 día UTI Pediátrica	Las Condes	1 día UCI Pediátrica
358056	4224-4225	6.771.742	10 días UTI Adulto	Miraflores (Viña del Mar)	7 días UCI Adulto y 3 días Básica Adulto
527323	3452	6.000.000	4 días UTI Adulto	Universitaria de Concepción	4 días UCI Adulto
521448	1417-1492	17.038.072	55 días cama Básica Adulto	Colonial	26 días aguda adulto y 29 días UTI Adulto
442804	4700	895.831	1 día UTI Adulto	Miraflores	1 día UCI Adulto
471323	53707	880.331	1 día UTI Pediátrica	San Carlos de Apoquindo	1 día UCI Pediátrico
436931	223334	2.352.521	2 días UTI Adulto	Tabancura	2 días UCI Adulto
419929	16048	1.900.000	2 días UTI Adulto	Hospital Clínico Viña del Mar	2 días UCI Adulto
456211	16560	562.500	1 día Básica Neonatología	Hospital Clínico Viña del Mar	1 día UTI Neonatología

Fuente: Elaborado por la comisión fiscalizadora de la Contraloría General en base a la información contenida en el sistema UGCC, en los comprobantes de egreso proporcionados por el FONASA, y en el oficio de respuesta del Preinforme de Observaciones N° 160, de 2013.



CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DIVISIÓN DE AUDITORÍA ADMINISTRATIVA
ÁREA SALUD

ANEXO N° 12

**ESTADO DE OBSERVACIONES DEL INFORME FINAL N° 160, DE 2013, DEL
 FONASA**

N° DE OBSERVACIÓN	MATERIA DE LA OBSERVACIÓN	REQUERIMIENTO PARA SUBSANAR LA OBSERVACIÓN SOLICITADA POR LA CONTRALORÍA GENERAL EN EL INFORME	MEDIDA IMPLEMENTADA Y SU DOCUMENTACION DE RESPALDO	FOLIO O NÚMERO DE DOCUMENTO DE RESPALDO	OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS DE LA ENTIDAD
I Aspectos de Control Interno N° 1.4	Falta de celeridad en la emisión de los actos administrativos	Implementar los procedimientos diseñados por el Subdepartamento de Gestión Comercial a Privados, con la finalidad de aprobar los convenios celebrados con prestadores privados, con la mayor celeridad posible, dando así cumplimiento al artículo 7°, de la ley N° 19 880, de Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.			
I Aspectos de Control Interno N° 1.6	Circularización a proveedores	Regularizar el pago pendiente de la factura N° 113493, de la Clínica Dávila y Servicios S.A., junto con instruir y velar para que en lo sucesivo se dé estricto cumplimiento a las instrucciones contenidas en el oficio circular N° 23, de 2006, del Ministerio de Hacienda, respecto a efectuar los pagos a proveedores en un plazo no superior a los 30 días corridos después del devengamiento de la factura.			
II Examen de Cuentas 1.1.1	Incumplimiento de los protocolos de derivación	Instruir un proceso disciplinario, con el objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas que les cabrían a los funcionarios encargados de revisar las derivaciones efectuadas a privados.			
II Examen de Cuentas 1.1.4	Derivaciones a camas de complejidad diferente a la requerida	Instruir un proceso disciplinario, con el objeto de determinar las eventuales responsabilidades administrativas que les cabrían a los funcionarios encargados de efectuar las revisiones, autorizaciones y pagos de las facturaciones a privados.			



www.contraloria.cl