



FONASA CENTRO NORTE
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
DPTO. CONTRALORÍA



RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 15282/2019
MAT.: APLICA SANCION A PRESTADOR AQUAMED SpA,
RUT: 76.752.973-2
VALPARAÍSO, 25/10/2019

VISTOS:

Lo establecido en el libro I y libro II del DFL N° 1 de 2005; el D. S. N° 369 de 1985 y D. S. N° 27 del 2018, todos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 4A/N°28/2019; la Resolución Exenta 2G/N° 911/2017; la Resolución Exenta N° 277 de 06 de mayo de 2011 y sus modificaciones posteriores, la Resolución Exenta TRA 139/234/2018 y la Resolución Exenta 3.1H/N°1110/2019, modificada por la 3.1H/N°1199/2019, todas del Fondo Nacional de Salud; y la Resolución N° 7 del 2019 de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1) Que, la Dirección Zonal Centro Norte (DZCN), a través del Departamento Contraloría, realizó una fiscalización a la cobranza del prestador **AQUAMED SpA, RUT 76.752.973-2**, originada en la detección de cuentas médicas (Bonos de Atención de Salud) con alertas en sistema computacional redes neuronales artificiales N°1 "Atenciones diarias mismo asegurado", N°2 "Atenciones mensuales mismo asegurado" y N°11 "Misma prestación grupo 01 por asegurado/año".

La fiscalización se focaliza en verificar el cumplimiento de la normativa vigente de la Modalidad Libre Elección por prestadores inscritos en el Rol.

2) Que, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores desde enero de 2018, en su calidad de centro médico, con prestaciones de los grupos arancelarios 01, 04 subgrupo 04, 06, 12 subgrupo 01 y 26 subgrupo 02.

3) Que, el prestador no cuenta con procesos administrativos anteriores.

4) Que a través del estudio de los Bonos de Atención de Salud (BAS) cobrados por el prestador, se pudo verificar que en los meses de marzo, abril y mayo 2019, tuvo una variación del 50%, 70% y del 180% respectivamente, en el valor Fondo de Ayuda Médica (FAM) cobrado.

5) Que, la muestra contempló la revisión de la cobranza del prestador para el periodo de mayo 2019, seleccionando una muestra de **428 BAS** (Bonos de Atención de Salud), emitidos en su totalidad a través del "Portal Prestador" equivalentes a **428** prestaciones, correspondientes a **242** beneficiarios, de las prestaciones del grupo 01 del Arancel, equivalente a un valor total de **\$5.151.020**.

6) Que, se le solicita a prestador mediante **Oficio Ordinario 5R N°21677** de fecha 21 de agosto de 2019, envió de antecedentes clínicos-administrativos atinentes a prestaciones código 01.01.001 "Consulta médica electiva" del arancel de la Modalidad de Libre Elección (MLE), siendo recepcionados dichos antecedentes el día 27 de agosto de 2019 en Oficina de Partes de la DZCN, obteniéndose los siguientes hallazgos:

- Se reciben y revisan la totalidad de los registros clínicos solicitados (copias).
- Se constata cobro de 3 prestaciones para emisión de certificados de salud correspondientes a 3 beneficiarios.
- Un total de 24 prestaciones código 01.01.001 cuyo registro no cumple con los mínimos exigidos por norma técnica. Lo anterior corresponde a 22 beneficiarios y se encuentra contenido en 24 bonos de atención. Registros que en su mayoría incluyen solo datos personales y/o solo eventuales diagnósticos y/o solo indicaciones a seguir.
- Un total de 15 prestaciones 01.01.001 cuyos registros dan cuenta del pago de consulta médica con la finalidad de emitir licencia médica o extensión de ella. Consecuentemente, corresponde a 8 beneficiarios, contenido en 15 bonos de atención.
- Se constata que 4 bonos de atención correspondientes a 4 prestaciones 01.01.001 en 2 beneficiarios, presentan registros de atención muy similares a la evolución médica anterior.
- Se verifico cobro de 2 prestaciones 01.01.001 en 1 beneficiario cuyo cobro se suscitó para emisión de orden de exámenes prelaborales y su posterior revisión.
- Se constata cobro doble de código 01.01.001 en 7 beneficiarios, contenidos en 7 bonos de atención.
- Sin registro para un total de 2 beneficiarios correspondiente a dos prestaciones 01.01.001 contenida en 2 bonos de atención. Asimismo, no se validan 2 prestaciones código 01.01.001 correspondiente a 2 beneficiarios y contenidas en 2 bonos de atención, cuyo registro de atención no coincide con la fecha de emisión de bono de salud y fecha de registro de atención revisado.
- Falta actualización de lugar de atención y planta de tratantes.

7) Que, terminado el acto investigativo, a partir de los hallazgos de la fiscalización, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R/N° 24421/2019 del 24 de septiembre de 2019**, notificado según código de seguimiento de Correos de Chile N° 1180669300408, el día 26 de septiembre de 2019.

8) Que, con fecha 03/10/19, el prestador, presenta carta de descargos dentro del plazo establecido por ley, cuyo análisis es el que sigue:

ANÁLISIS POR LOS CARGOS FORMULADOS

Cargo N°1: No contar con registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico (Punto 30.1, letra g), que contraviene lo dispuesto en el punto 4, letra b) y c) y punto 12.1, letra i).

- **Cobro de 4 BAS, conteniendo 4 prestaciones, correspondientes a 4 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$48.160, sin registro clínico, que avalen la atención médica por la que se cobró.**

Descargo: El prestador envía registros de atenciones faltantes.

Análisis de descargo: Los antecedentes remitidos por el prestador dan cuenta y, en efecto, respaldan la atención médica cobrada.

Se desestima el cargo.

Cargo N°2: De recargos improcedentes, por ejemplo, cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad (Punto 30.1, letra b.9).

- **Cobro de 7 BAS, conteniendo 7 prestaciones, correspondientes a 7 beneficiarios para los que se detectó cobro de un segundo bono para un mismo día de atención, por un valor total de \$84.280.**

Descargo: El prestador señala que personal de centro médico tuvo dificultades al operar portal prestador, desconociendo que se efectuó la emisión simultánea de un primer y segundo bono de atención.

Análisis de descargo: Los argumentos expuestos por prestador evidencian la desatención efectuada por su personal, cuya explicación no basta en relación al financiamiento adicional que este Seguro propicio por dicha distracción.

Se mantiene firme el cargo, resultando de aquello el reintegro de FAM.

Cargo N°3: Por cobro de BAS emitido con el solo fin de extender una licencia médica (Punto 30.1, letra b.11).

- **Cobro de 15 BAS, conteniendo 15 prestaciones, correspondiente a 8 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$180.600, para los cuales se evidencia como fin la emisión de licencia médica o continuación de la misma.**

Descargo: El prestador señala que los médicos para extender una licencia médica realizan un examen físico y si amerita o no, pueden solicitar exámenes. Algunos exámenes se informan sin alteraciones y otros que determinan que se extienda una licencia médica, por lo que el cobro de la consulta es porque no solo se extiende licencia médica sino que se evalúa nuevamente el estado de salud del paciente.

Análisis de descargo: No se objeta el acto que recae en el médico de extender una licencia médica como tampoco lo clínico que lo funda. Lo reparado atinge a que los registros de atención auditados no dan cuenta de solicitud y/o revisión de exámenes que permitiesen fundar la licencia médica extendida, sino más bien al ser inacabados se prevé que la atención financiada tuvo como mero fin extenderla o emitirla.

Se mantiene firme el cargo.

Cargo N°4: Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de libre elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud.

- **Cobro de 33 BAS, conteniendo 33 prestaciones, correspondiente a 28 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$396.970, para los cuales se constata, a saber: emisión de bonos para entrega de certificado de salud, emisión de bonos para realización de exámenes prelaborales y su posterior revisión y registros clínicos de atención similares entre sí y otros sin las consideraciones normativas mínimas a cumplir, que no permiten determinar la correcta procedencia o no del pago por dicha atención.**

Descargo: El prestador señala que para la emisión de certificados de salud o laborales es requisito la consulta médica, ya que se están realizando exámenes que permiten determinar el estado de salud del paciente. El cobro de la atención es por la revisión de exámenes y se aplica ya que en la atención médica no solo se ven los exámenes sino que también se evalúa al paciente para establecer si ha cambiado su estado de salud.

En relación a los registros de atención similares, expone que los médicos se apoyan en la ficha anterior y agregan nuevos antecedentes solo si necesariamente lo merece.

Análisis de descargo: En relación a la emisión de certificados de salud, prelaborales y por extensión la revisión de exámenes solicitados por este concepto, se hace necesario enunciar que la modalidad de atención fiscalizada no aborda el carácter preventivo de salud que conlleva estas evaluaciones, por el contrario, el financiamiento provisto atañe al carácter curativo de la enfermedad.

Respecto a la similitud de registros clínicos, se depende que los médicos agregan exclusivamente lo que estiman necesario incluir, a saber si el examen físico difiere en algo al anterior. Dicha tesis prescinde de la normativa imperante que advierte en forma clara desechando todo tipo de interpretación; que los registros clínicos se entienden como los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de Libre Elección. Asimismo, la normativa revela que registro pertinente - entiéndase como adecuado - en ficha, es el único instrumento con que el Fondo, puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento a las normas que regulan la modalidad y la procedencia o no, del pago por prestaciones cobradas.

Se mantiene firme el cargo.

Cargo N°5: Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes (punto 30.1, letra h), lo que contraviene lo dispuesto en el punto 2.4, letra c) y en el convenio de inscripción.

Descargo: El prestador expone que Jefe Sucursal La Ligua le señaló que no era necesario inscribir más profesionales ya que dicha acción podría generar duplicidad de emisión de bonos a rut natural y jurídico e incluso trato de presentar dicha documentación la cual fue devuelta por la indicación precitada.

Análisis de descargo: Incumplimiento de convenio de inscripción.

Se mantiene firme el cargo.

9) Que, luego del análisis realizado a los descargos presentados por el prestador, se concluye

10) Que, en la sesión del 16 de octubre de 2019, la Comisión de Fiscalización y Reclamos de la Dirección Zonal Centro Norte, vistos los antecedentes descritos en esta fiscalización, concluyó que las ordenes de atención y consecuentes prestaciones cobradas por el prestador, no cumplen con las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel; ya que, el prestador, no aporta antecedentes que contribuyan a desvirtuar totalmente los cargos formulados.

Por lo tanto, se verifican las siguientes infracciones tipificadas en las Normas Técnico - Administrativas establecidas en Resolución Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones, todas del MINSAL, infringiendo los siguientes puntos:

- a) No contar con registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico (Punto 30.1, letra g), que contraviene lo dispuesto en el punto 4, letra b) y c) y punto 12.1, letra i).
- b) Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud ((Punto 30.1, letra b.9 y 11).
- c) Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de libre elección; y regulan la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las Instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud.
- d) Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes (punto 30.1, letra h).

Atendidos los antecedentes, se propuso sancionar al prestador, por lo que dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. Aplíquese al prestador **AQUAMED SpA, RUT 76.752.973-2**, como consecuencia de los cargos formulados mediante **Oficio Ordinario 5R/N° 24421/2019 del 24 de septiembre de 2019** de este servicio, la sanción de **Amonestación** y el pago de una **Multa** de **29 UF**, medidas contempladas en el inciso 8° del artículo 143 del D.F.L. 1 de 2005 que regula la Modalidad de Libre Elección.
2. Reintégrese por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, de las cuales se verificó ausencia de registro de atención y cobro adicional, equivalente a **\$317.180**. Dicho reintegro, deberá efectuarse en dependencias de la Dirección Zonal Centro Norte del Fondo Nacional de Salud, dentro de un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución o vía transferencia bancaria a la cuenta corriente N° 990100000822 del Banco Scotiabank Azul del Fondo Nacional de Salud, RUT 61603000-0, enviando el comprobante de la transferencia al correo electrónico mrobles@fonasa.cl. En caso de incumplimiento, por parte del prestador, el Fondo Nacional de Salud está facultado para iniciar acciones legales.
3. El pago de la multa, deberá realizarse teniendo como plazo máximo 15 días desde la fecha del presente documento, que por tratarse de multa a beneficio fiscal el pago debe hacerse efectivo en el sitio tesoreria.cl, Tesorería General de la República, banner tesorería virtual, Pagos, declaración y pago simultaneo, formulario 10, o en forma presencial en cualquiera de las oficinas que dicha Tesorería dispone en el país, enviando posteriormente el comprobante que emita la institución vía correo electrónico a mrobles@fonasa.cl.
4. Infórmese al afectado, el derecho a recurrir de Reposición ante la misma autoridad administrativa, conforme lo establecido en la ley 19.880 Art.59, en un plazo no superior a 5 días hábiles, desde la notificación de esta Resolución.
5. Notifíquese la presente al prestador, la que producirá sus efectos al momento de la notificación, personal o enviándose copia de la misma por carta certificada. En este último caso, se entenderá notificado al tercer día de despachada la carta.

"Por orden del Director"



**GUSTAVO MORTARA PIZARRO
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

GMP / MRM / ABR / nav

DISTRIBUCIÓN:

[REDACTED]
AFECTA AL ART.7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008
DPTO. CONTRALORÍA
DPTO. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SECCION OFICINA DE PARTES

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en www.fonasa.cl

zEkegnCQ

Código de Verificación