



FONASA CENTRO NORTE
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
DPTO. CONTRALORÍA



RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 15522/2019
MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR ITRICK YURGEN
NAETER QUINTANA, RUT [REDACTED]
VALPARAISO, 30/10/2019

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I y II del D.F.L. N°1 de 2005; el Reglamento contenido en el Decreto Supremo de Salud N° 369 de 1985, las facultades que me confiere el nombramiento contenido en el Decreto N° 27, de 15 de marzo de 2018, todos del Ministerio de Salud; la R.E. 4A N° 28 del 2019, la Resolución Exenta 2G N° 911 de 29 de septiembre 2017, la Resolución Exenta N° 277 del 06 de mayo de 2011 y sus modificaciones posteriores; y la Resolución N° 7 de 2019 de la Contraloría General de la República; y.

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2019 el Departamento Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte del Fondo Nacional de Salud, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador Sr. **ITRICK YURGEN NAETER QUINTANA**, RUT [REDACTED], la actividad se origina en la detección por sistema de una variación FAM mayor o igual al 30% en los últimos 12 meses de cobranza y un mismo patrón en la cobranza de prestaciones de kinesioterapia. 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 septiembre del 2015, en calidad de kinesiólogo.
3. Que, el prestador no cuenta con procesos administrativos anteriores.
4. Que, a través del estudio de los BAS cobrados por el prestador, se pudo verificar que tuvo un incremento del 68% en el total cobrado durante el año 2018, con relación al total cobrado en el año 2017; que en el mes de marzo 2019, tuvo una variación del 43% en el valor FAM cobrado con relación al promedio de los 12 meses anteriores; y que el 54 % del cobro total, corresponde al cobro de los códigos 0601031, 0601029 y 0601011.
5. Que, a través del estudio de los BAS cobrados entre octubre 2018 y marzo 2019 por el prestador, se seleccionó una muestra a fiscalizar en terreno de 1398 prestaciones del grupo 06 del Arancel, emitidas a través de BAS electrónicos, por valor total de \$15.468.370, correspondientes a 51 beneficiarios.
6. Que, se realizó visita de inspección el día 20/06/19, en el lugar de atención no informado en convenio, obteniéndose los siguientes hallazgos:
 - El prestador utiliza, en el 100% de los casos el aplicativo modificable Google Calendar para el registro de la atención, mismo que sólo permite verificar fecha de atención agendada. Adicionalmente, el prestador no presentó orden medica que respaldará el cobro realizado, por lo que puede inferirse que el cobro realizado solo tiene fines de lucro y no se corresponde con prestaciones efectivamente realizadas y cobradas.
 - Existe cobro de prestaciones código 0601031 a usuarios ambulatorios.
 - Según declaración del prestador, el uso de los códigos 0601029 y 0601031 está basado en la elección de prestaciones de mayor valor.
 - Lugar de atención no está actualizado en el convenio del prestador.
7. Que en virtud de estos y otros hallazgos, se procedió a aplicar la medida administrativa de suspensión de convenio mediante Res. Ex. 5R/N°9050 del 25/06/2019, notificada según código de seguimiento de Correos de Chile N° 1180669007929, el día 26/06/2019.
8. Que, terminado el acto investigativo, a partir de los hallazgos de la fiscalización, se instruyó la formulación de cargos, mediante Ord. 5R/N°18286 del 15/07/2019, notificado según código de seguimiento de Correos de Chile N° 1180669008315, el día 19/07/2019.
9. Que, con fecha 24/07/2019, 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 fichas clínicas o registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico (Punto 30.1, letra f).

- **Cobro de 181 BAS, conteniendo 1265 prestaciones correspondientes a 51 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$14.974.270, sin registro clínico que avale la atención profesional por la que se cobró.**

Descargos:

Rechaza el efectuar cobro por prestaciones no realizadas. Argumenta que las técnicas si están realizadas y los asegurados que asistieron a terapia, recibieron cada prestación cobrada en cada bono. Refiere por desconocimiento de la Norma, hizo uso de los códigos 0601031 y 0601029, además del uso indiscriminado del código 0601001. Adjunta impresión en papel de lo revisado en terreno, vale decir una calendarización del aplicativo Google.

Análisis de descargos:

En sí, el prestador asume el cobro erróneo de las prestaciones no válidas. La impresión en papel del registro en aplicativo Google Calendar permite validar la atención entregada sólo en una sesión, ya que lo demás es fiel copia de registro realizado en la primera sesión.

Cabe destacar que, el prestador indica más sesiones a los asegurados, sin mediar Orden Medica, según consta en los registros adjuntos a los descargos.

El cargo se mantiene tal como fuera formulado.

Cargo N° 2

2.1 Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a los efectivamente realizados. (Punto 30.1 letra b.2)

- **Cobro de 1265 prestaciones, contenidas en 181 BAS, correspondientes a 51 beneficiarios para los que se detectó que la prestación cobrada o no estaba indicada por médico tratante o no correspondía a la prestación realizada.**

Descargos:

El Prestador no aportó nuevos antecedentes que permitieran desestimar el cargo formulado.

Análisis de descargos:

No amerita análisis.

El cargo se mantiene tal como fuera formulado.

2.2. No presentó prescripción médica del tratamiento cobrado, lo que contraviene el Punto 12.1 letra d)

- **Cobro de 181 BAS, por tratamientos para los que no acredita haber sido indicados por profesional médico cirujano**

Descargos:

Indica que no guarda todas las Ordenes Medicas ya que las entrega a los usuarios, para gestiones con el Seguro Complementario. Además el prestador fundamenta la inexistencia del documento, basado en un Proyecto de Ley que autorizaría a los Kinesiólogos a "...prescribir ayudas técnicas, solicitar exámenes básicos, prescribir algunos medicamentos y entregar atención directa a los usuarios..."

Análisis de descargos:

Documento a la fecha, no oficializado ni publicado en Diario Oficial.

El cargo se mantiene tal como está formulado.

2.3 Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes.

- **Lugar de atención no actualizado en convenio**

10. Que, en sesión del 23/08/2019, la Comisión de Fiscalización y Reclamos de la Dirección Zonal Centro Norte del Fondo Nacional de Salud, acordó el envío de todos los antecedentes para ser vistos por la Comisión Nacional de Fiscalización y Reclamos MLE del Fondo, con propuesta de sancionar al prestador con Multa de 483 UF; y solicitar al prestador el reintegro del FAM por las prestaciones objetadas.

11. Que, en sesión del 04/10/2019, la Comisión Nacional de Fiscalización y Reclamos MLE, visto 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 de Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel; ya que, el prestador, no desvirtúa 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:

- No contar con registros de respaldo. (Punto 30.1, letra g); y punto 4, letra b)).
- Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención y programas; de honorarios adicionales por sobre el valor establecido para el grupo del rol correspondiente; y de recargo improcedentes, por el cobro de prestaciones homologadas a las de mayor valor que las realizadas (Punto 30.1 letra b.2)
- Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes (Punto 30 letra h) de la Res. Ex. N°277/2011.

Atendido los antecedentes, se propuso sancionar al prestador, por lo que:

RESOLUCIÓN:

- I. Aplíquese al prestador Sr. **ITRICK YURGEN NAETER QUINTANA**, RUT **15.719.382-1**, como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R.3/N°18286 del 15/07/2019 de este servicio, la sanción de Cancelación del convenio en el Rol de Prestadores del Fondo Nacional de Salud y el pago de una Multa de 392 U.F., medidas contempladas en el inciso 8° del Art. 143 del D.F.L. N° 1 de 2005 que regula la Modalidad Libre Elección.
- II. Reintégrese por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, de las cuales se verificó homologación de códigos y falta de registro de respaldo de las prestaciones cobradas y que equivalen a \$3.395.720. 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° 99010000822 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.
- III. Comuníquese al prestador, que por tratarse de multa a beneficio fiscal, el pago de ésta debe hacerse efectivo en el sitio www.tesoreria.cl, Tesorería General de la República, banner tesorería virtual, Pagos, declaración y pago simultáneo, formulario 10 o en forma presencial en cualquiera de las oficinas que dicha Tesorería dispone en el País, en un plazo no superior a 15 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta Resolución, lo que se comunicará enviando posteriormente el comprobante que emita la institución vía correo electrónico a mrobles@fonasa.cl, para registro de la medida sancionatoria.
- IV. Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho del afectado de recurrir en contra de lo resuelto por la presente Resolución, ante el Sr(a) Ministro(a) de Salud, en un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado en Oficina de Partes del Ministerio de Salud, ubicada en Mac Iver 541, Santiago.
- V. Notifíquese esta Resolución al prestador, la que producirá sus efectos al momento de la notificación, que se efectuará personalmente al domicilio indicado en el respectivo convenio de inscripción en la Modalidad Libre Elección registrado en FONASA o enviándose copia de la misma por carta certificada. En este último caso, se entenderá notificado al tercer día de despachada la carta.
- VI. La presente resolución tendrá mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentre a firme.

Anótese, comuníquese y archívese,



MARCELO MOSSO GOMEZ
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

MMG / LBR / PMP / FRA / BML / ABR / MRM / abp

DISTRIBUCIÓN:

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

H8A75k56

Código de Verificación

