

FONASA CENTRO NORTE
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
DPTO. CONTRALORÍA



RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 12140 / 2021

MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. MIGUEL CRISTOBAL VERA SAAVEDRA, [REDACTED] [REDACTED]
EXPEDIENTE 54005/2021

VALPARAÍSO, 23/12/2021

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, ambos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 4A/N°28/2019; la Resolución Exenta 1.767 del 25 de febrero de 2021; la Resolución Exenta N° 07 del 02 de marzo 2021; la Resolución Exenta N° 277 de 06 de mayo de 2011 y sus modificaciones posteriores; 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, y el oficio N° 3610 del 2020, ambos de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2021 el Departamento Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador, **D. MIGUEL CRISTOBAL VERA SAAVEDRA**, [REDACTED], respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre julio 2020 y octubre 2021, teniendo como origen la emisión sobre 1000 licencias médicas en el periodo agosto 2020 a julio 2021.

2. Que, la Fiscalización corresponde a un proceso orientado a comprobar el correcto uso del Seguro Público en materia de financiamiento de las prestaciones de salud en el ámbito de la Modalidad Libre Elección (MLE).

3. Que, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de Persona Natural de profesión médico cirujano, desde el 19/02/2018.

4. Que, el prestador no presenta procesos anteriores.

5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:

- Disminución de un 94% en los cobros brutos durante el año 2021, en relación al año 2020.
- Emisión de 1267 licencias médicas entre agosto 2020 y julio 2021, incluyendo 17.577 días de reposo para 545 personas, con un promedio de 2.3 licencias médicas por personas y 32 días de reposo por cada paciente.

6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 588 Prestaciones, del grupo 01, código 01.01.001, emitidos a 171 beneficiarios con 588 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden un monto total de \$7.159.580.

7. Que, mediante Resolución Exenta 5R/N°10608/2021 de fecha 15/11/2021, se le solicitaron antecedentes de 171 beneficiarios, enviándose de forma electrónica, al correo inscrito por el prestador en su convenio, notificándose una vez realizado el despacho el día 16-11-2021, de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

8. Que, transcurridos 04 días hábiles desde la notificación de la Resolución Exenta 5R N°10608/2021, el prestador envió antecedentes, de 135 beneficiarios, faltando 36.

9. Que, revisados los antecedentes entre los días 24 y 25 de noviembre, se obtienen los siguientes hallazgos:

- Falta de ficha clínica para 36 beneficiarios, impidiendo la revisión de 95 prestaciones.
- Falta de registro de respaldo para 57 prestaciones, para las que no se encuentra respaldo en ficha clínica.
- 221 prestaciones no han sido validadas toda vez que según el registro no cumplen con la definición de una consulta médica según normativa vigente, ya que no dan cuenta de una atención de salud efectiva.
- Cobro particular a beneficiarios FONASA, según correo electrónico del 25 de noviembre 2021, del propio prestador.

10. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R/N°18870/2021** de fecha **01/12/2021**, el que se envía de forma electrónica, al correo inscrito por el prestador en su convenio, notificándose una vez realizado el despacho el mismo día, de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República, en los siguientes términos:

Cargo N°1

No contar con registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico. Infracción señalada en el Punto 30.1, letra f) y g), lo que contraviene el punto 4, letra a), b) y c) y punto 7.1, de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo anterior para 152 prestaciones comprendidas en 152 BAS, cobradas a 70 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$1.850.570 y un FAM de \$887.240, sin ficha clínica (95) o sin registro de respaldo (57) que permita al Seguro Público la convicción absoluta del financiamiento otorgado.

Cargo N°2

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. Infracción señalada en el Punto 30.1, letra a) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo anterior para 221 prestaciones, comprendidas en 221 BAS, cobradas a 75 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$2.689.860, valor FAM \$1.289.630, para las que se ha corroborado el cobro de consulta médica general en atenciones que no cumplen la definición de ésta según la Norma Técnico Administrativa vigente, toda vez que el registro no da cuenta de la realización de una consulta efectiva, vulnerando el punto 7.1 de la Resolución Exenta N°277/2011.

Cargo N°3

Cobro de atención como particular a beneficiario FONASA a excepción de lo indicado en el punto 6.2, letra e) de esta norma. Infracción señalada en el Punto 30.1, letra i) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo anterior, según correo electrónico del 25 de noviembre 2021 del propio prestador, quien confirma cobros particulares a beneficiarios FONASA, y que se corrobora con la disminución de 94% en las cobranzas brutas durante el año 2021, en relación a los cobros del año anterior, vulnerando el punto 1, letra ñ) y punto 6.1, letra e) de la Resolución Exenta N°277/2011.

11. Que, con fecha 05/12/2021, el prestador presenta sus descargos a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

El prestador refiere que las fichas que se pierden por daños en las cañerías, agua servida y otros, ya que se desempeña en un edificio antiguo, que además se encuentra en reparación, perjudicando el desempeño continuo. Señala que utiliza ficha en papel y que los cambios o reemplazos de secretarías también generan pérdidas. Respecto de la falta de registros, indica que se debe a que se ha desaparecido la primera hoja de los registros, además que tiene pacientes que ya son conocidos por su persona y por ello no evoluciona. Comunica que mejorará la organización en el archivo, dispondrá de custodia segura de las fichas clínicas, y avanzará en realizarlas electrónicamente.

De la misma forma, señala que las fichas tienen nombre, edad, RUN, fecha de nacimiento y dirección del paciente. Manifiesta que es muy importante dedicar toda su atención al usuario y no perder el tiempo en escribir. Relata que hay pacientes que indican en relación al médico, "ni siquiera me miró, solo se dedicó a escribir" y que la mayoría de los pacientes acuden por temas de salud mental en los que hay que enfocarse en la escucha empática, en conocer de la negación de lo que está pasando, del luto, de producir el cambio, de la resiliencia, de la resistencia al cambio, entre otros, por lo que se debe hacer consejería y medicación en ciertos casos. Refiere que mejorará la evolución de las fichas clínicas.

El prestador no hace referencia directa al Cargo N°3. No obstante, en sus argumentos menciona que se encuentra endeudado por los estudios de sus hijos, que se encuentra pagando los impuestos negociados a la Tesorería General de la República en plazo de dos años, además de informar que acaba de pagar, atrasado, los impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos, adjuntando los antecedentes correspondientes. Finalmente, describe que con la pandemia se vio obligado a laborar, debido además a la deuda que mantiene con el banco e hipoteca de su casa.

12. Que, del análisis de los descargos se desprende lo siguiente:

El prestador señala que hay fichas o parte de estas que se han perdido por diferentes motivos, además reconoce que existen casos en los que no evoluciona dado que los pacientes ya son conocidos. No obstante lo anterior, la Normativa vigente señala en su punto 4, letra a) que los Registros de Respaldo de Prestaciones "*Se entenderán, como tal, los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de Libre Elección*". De la misma forma, en el punto 4), letra c) señala: "*Los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, y conservarán las diferencias generales propias del tipo de atención de que se trate, y según las consideraciones siguientes*". C.2) "*Fichas de atención abierta (ambulatoria), que permiten registrar los datos de identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de prestación de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros de especialidad o en su domicilio, constituido este documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas*". Por tanto, las justificaciones del prestador no son atendibles y por ende, no desvirtúa el cargo formulado, el que se mantiene tal como fuera formulado.

Refiere además que sus fichas cuentan con datos personales y que dedica el tiempo a la atención del paciente y no en escribir, sin embargo, el punto 7.1.1 de la Normativa vigente señala: "*Definición de Consulta Médica*": *Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica o Centro de Salud, debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad de libre elección y con las presentes normas. Esta prestación incluye anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, siendo responsabilidad del prestador, la calidad y veracidad de la información en ella contenida. Las atenciones y sus fechas deberán registrarse siempre en una Ficha Clínica. En caso de no cumplirse este requisito, el Fondo tendrá las prestaciones por no efectuadas*". Por tanto, el solo indicar datos personales no cumple con las exigencias normativas que rigen la Modalidad de Libre Elección, toda vez que no registra los datos mínimos como anamnesis, examen físico, diagnóstico, indicación terapéutica y otros. Por tanto, no desvirtúa el cargo, el que se mantiene como fue formulado.

Finalmente, respecto del Cargo N°3, los argumentos señalados no son atingentes dado que la normativa vigente en su punto 1, letra ñ), indica: "*Las órdenes de atención o bonos, son documentos nominados con nombre y RUT del beneficiario y del prestador, que contiene código de prestaciones y valores, que constituyen el único medio de pago para las prestaciones que se otorguen a través de la modalidad de libre elección...*". Adicionalmente, el prestador justifica la decisión de realizar cobros particulares, tanto en su correo electrónico del 25 de noviembre 2021 como en sus descargos, vulnerando de esta forma el convenio y la normativa vigente, por lo que no desvirtúa el cargo, el que se mantiene tal como fuera formulado.

13. Que, en sesión del 16/12/2021, la Comisión de Sanción Zonal, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, 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 aporta antecedentes que contribuyan a desvirtuar 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 del Ministerio de Salud, infringiendo los siguientes puntos:

a) "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico". Infracción señalada el Punto 30.1 letra f) y g)

Cargo asociado a 152 prestaciones, por un Monto Bruto de \$1.850.570 y un Monto FAM \$ 887.240.

b) "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". Infracción señalada el Punto 30.1 letra a).

Lo anterior corroborado en el cobro de 221 consultas de medicina general en atenciones que no cumplen la definición de ésta según la Norma Técnico Administrativa vigente, toda vez que el registro no da cuenta de la realización de una consulta.

Cargo asociado a 221 prestaciones, por un Monto Bruto de \$2.689.860 y un Monto FAM \$1.289.630.

c) "Cobro de atención como particular a beneficiario FONASA a excepción de lo indicado en el punto 6.2, letra e) de esta norma". Infracción señalada en el Punto 30.1, letra i).

Atendido los antecedentes, la Comisión propuso a la autoridad aplicar la sanción de cancelación del convenio MLE que mantiene el prestador con el FONASA y aplicar una multa acorde al monto bruto total infraccionado, considerando los cargos y la proporción de las infracciones cometidas, consistentes en el cobro de prestaciones cuya realización no pudo comprobar el prestador mediante la presentación de las respectivas fichas y respaldos clínicos, cobro particular a beneficiarios del Fondo e incumplimiento normativo y arancelario, sanción que este Jefe de Servicio comparte, motivo por el cual dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLICASE al prestador MIGUEL CRISTOBAL VERA SAAVEDRA, [REDACTED] como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R/N°18870/2021 del 01/12/2021 de este servicio, la sanción de cancelación de su inscripción en el rol de la MLE y el pago de una Multa de 147 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.

2. COMUNÍQUESE al prestador, que por tratarse de multa a beneficio fiscal, el pago debe hacerse efectivo en el sitio web de la Tesorería General de la República (TGR), o en forma presencial en cualquiera de las oficinas que dicha Tesorería dispone a lo largo del país. Este acto administrativo será ingresado a la TGR y se generará una cuenta tributaria personal a través del formulario 105, mediante este formulario se debe materializar el pago, en un plazo no superior a 15 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta Resolución, debiendo enviar copia del pago realizado al correo electrónico mrobles@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

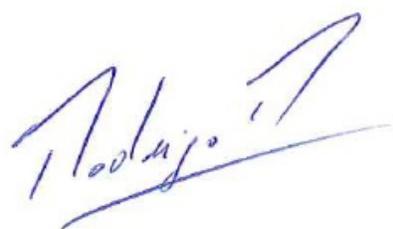
3. NOTIFÍQUESE esta Resolución al prestador, la que se efectuará vía correo electrónico a la casilla electrónica inscrita en su convenio, de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610 de 17.03.2020 de la Contraloría General de la República, que señala "medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado a propósito del brote de Covid-19", la que se considerará notificada desde su despacho.

4. Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho del afectado, de presentar un recurso de reclamación en contra de lo resuelto por la presente Resolución, ante el Sr(a) Ministro(a) de Salud, en un plazo de 15 días contados desde la notificación de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo recursosmle@minsal.cl o en Oficina de Partes del Ministerio de Salud, ubicada en Mac Iver 541, Santiago.

5. La presente resolución tendrá mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentre a firme.

Anótese, comuníquese y archívese,

"Por orden del Director"



RODRIGO REYES BOHLE
DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE
FONDO NACIONAL DE SALUD

RRB / AVR / MBP / NAV / mrg

DISTRIBUCIÓN:

[REDACTED]
OFICINA DE PARTES (AFECTO AL ART. 7°, LETRA G), LEY 20.285)
DPTO. CONTRALORÍA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN
DPTO. CONTRALORÍA
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

SYcFqKKI

Código de Verificación

