

FONASA CENTRO NORTE
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
DPTO. CONTRALORÍA



RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 12141 / 2021

MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. OSCAR ANTONIO
UNDURRAGA PERALTA, [REDACTED] EXPEDIENTE
49814/2021

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. OSCAR ANTONIO UNDURRAGA PERALTA**, [REDACTED] respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre junio 2021 a agosto 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 05/02/1993.

4. Que, el prestador presenta procesos anteriores en marzo 2011 cerrado con amonestación y multa, y junio 2014, cerrado con amonestación, ambos por falta de registros de respaldo.

5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
- Alza en las cobranzas brutas desde el año 2019, periodo en que incrementa sus cobros en un 30% respecto del año anterior. Adicionalmente, durante el año 2020 aumenta un 16% las cobranzas en comparación al año 2019.
- Emisión de 2006 licencias médicas entre agosto 2020 y julio 2021, incluyendo 30.487 días de reposo para 604 personas, con un promedio de 3,3 licencias médicas por personas y 50.5 días de reposo por cada paciente.

6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 660 Prestaciones, del grupo 01, código 01.01.001, emitidos a 239 beneficiarios con 660 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden un monto total de \$8.190.600.

7. Que, mediante Resolución Exenta 5R/N°9247/2021 de fecha 13/10/2021, se le solicitaron antecedentes de 239 beneficiarios, enviándose de forma electrónica, al correo inscrito por el prestador en su convenio, notificándose una vez realizado el despacho el día 14-10-2021, de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

8. Que, transcurridos 06 días hábiles desde la notificación de la Resolución Exenta 5R N°9247/2021, el prestador envió antecedentes, de 237 beneficiarios, faltando 2.

9. Que, revisados los antecedentes entre los días 03 y 04 de noviembre, se obtienen los siguientes hallazgos:
- Falta de ficha clínica para 2 beneficiarios, impidiendo la revisión de 4 prestaciones.
- Falta de registro de respaldo para 49 prestaciones, para las que no se encuentra respaldo en ficha clínica.
- 72 prestaciones no han sido validadas toda vez que no cumplen con la definición de una consulta médica según normativa vigente, observando solo respaldo de entrega de Licencia Médica, Certificado Médico, Informes u otros.
- Una prestación con cobro doble, toda vez que existen dos bonos con misma fecha de atención, para solo un registro de respaldo.

10. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R/N°18666/2021** de fecha **25/11/2021**, el que se envía de forma electrónica, al correo inscrito por el prestador en su convenio, notificándose una vez realizado el despacho el 26/11/2021, 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 53 prestaciones comprendida en 53 BAS, cobradas a 41 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$657.730 y un FAM de \$315.350, sin ficha clínica (4) o sin registro de respaldo (49) que permita al Seguro Publico 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 72 prestaciones, comprendidas en 72 BAS, cobrada a 29 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$893.520, valor FAM

\$428.400, 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, ya que sólo respalda la entrega de licencia médica, certificado médico, informe complementario u otro documento, vulnerando el punto 7.1 de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones.

Cargo N°3

Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir: De recargos improcedentes, por ejemplo, cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad. Infracción señalada en el Punto 30.1, letra b.9), de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo anterior para 1 prestación, comprendida en 1 BAS, cobrada a 1 beneficiario y equivalente a un valor total de \$12.410, valor FAM \$5.950, para la que se encuentra dos bonos con misma fecha de atención, para una atención realizada y registrada en ficha clínica.

11. Que, con fecha 03/12/2021, el prestador presenta sus descargos a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

El prestador indica que las fichas clínicas acompañadas en el otrosí de sus descargos acreditan las 4 prestaciones respecto de las cuales sí existe registro en ficha clínica y además se acompañan datos para completar los registros de los que fueron calificados como incompletos. Señala además que por un error administrativo no se envió la ficha correspondiente a las pacientes Catherine Alejandra Solar Rojas y Victoria Josefina Martínez Romero, documentos que acompaña en esta oportunidad, explicando dos de los incumplimientos que se fundan en este cargo. Refiere además, que en el detalle de las atenciones se explica detalladamente en cada uno de los casos por qué considera subsanadas las faltas que se tradujeron en el cargo número uno y en tabla adjunta refiere que se transcribe información completando registro con datos adicionales.

El prestador refiere que se le atribuye el cobro de 72 BAS, conteniendo 72 prestaciones no validadas por la inobservancia de las exigencias normativas de la libre elección para que las atenciones de salud prestadas sean consideradas consulta médica. Señala que en cada una de las atenciones prestadas, las que detalla en tabla adjunta en punto III, se efectuaron todas las etapas del acto médico referidas en el punto 7.1.1 de la Resolución Exenta N°277/2011, sin embargo, por privilegiar la atención médica en lugar de la escrituración de la misma, la calidad de los registros no es la óptima, no obstante, todas las prestaciones fueron efectivamente realizadas y en ningún caso hubo mala intención o ánimo de defraudar a FONASA, sino un error, que como prestador se compromete a no volver a cometer. Refiere finalmente en tabla adjunta que se transcribe información completando según Norma Técnica.

Adicionalmente, solicita se tome en consideración la irreprochable conducta anterior, ya que las conductas que se imputan no constituyen conductas habituales ni reiteradas, habiendo sido fiscalizado anteriormente en dos oportunidades, recibiendo multa de 12 UF en una de estas, por diferencia de opinión con una de las dos fiscalizadoras.

No hace referencia al Cargo N°3 en descargos.

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

Prestador envía entre el 30/11 y 01/12, cinco correos electrónicos que contienen 26 archivos Word correspondientes a fichas clínicas de beneficiarios. Cabe señalar que en estos correos señala que adjunta un grupo de fichas de pacientes con nuevos antecedentes recopilados de archivos manuales y electrónicos.

Adicionalmente, el día 03/12 a las 23:58 Hrs. se recibe correo electrónico de Katalina Gudenschwager, abogada, quien envía carta de descargos del prestador, junto con un correo del día 04/12 a las 01:09 Hrs., donde refiere que acompaña fichas a las que se refieren los descargos en archivo comprimido el que incluye 3 archivos Excel, con detalle de beneficiario, Número de BAS, código de prestación, cantidad de prestaciones objetadas, monto total, FAM y copagos correspondientes, además de una columna titulada descripción de transgresión donde indica que se encuentra el registro correcto o completo. Adicionalmente, se encuentra subcarpeta con 56 archivos PDF, correspondientes a fichas clínicas, los que se encuentran nombrados con RUT y nombre de beneficiario a quien corresponde.

De la revisión de los archivos Word y PDF enviados, se puede observar que incluye las dos fichas faltantes y otras ya fiscalizadas, corroborando que estas corresponden a las mismas fichas clínicas fiscalizadas anteriormente en formato Word, pero con modificación de los registros a partir de marzo 2021, incorporando nuevos respaldos mucho más completos que los ya revisados. Además, se verifica que incorpora respaldos en fechas que antes no se encontraban en las fichas clínicas originales. Por tanto, dado que las fichas clínicas han sido enmendadas, incluyendo nuevos antecedentes recopilados por el prestador, según lo que el mismo declara en sus correos electrónicos y que respalda en la carta de descargos donde refiere que se han completado los registros para ser presentados en esta instancia y subsanar lo indicado en el ordinario de cargos, se validan sólo 4 prestaciones incluidas en las dos fichas clínicas faltantes, no validando otras prestaciones sin registro, dada la modificación de las fichas clínicas. Adicionalmente, el prestador nunca informó de la existencia de los archivos manuales o electrónicos a los que hace referencia, los que cabe señalar tampoco envía en esta oportunidad, sino que solo hace referencia a ellos para avalar la modificación de los registros fiscalizados. Y por tanto, no da cumplimiento al punto 4, letra b) de la Resolución Exenta N°277/2011, el que indica "*Respaldo en ficha clínica: La ficha clínica es documento único, ordenado y completo, que en forma física o electrónica, consigna los antecedentes personales del pacientes, su historia clínico-médica, y otros datos sensibles, que son indispensables para el juicio acabado de la enfermedad actual, y para determinar el otorgamiento de los beneficios de salud, contemplados en el Régimen General de Prestaciones de Salud. En este sentido, el registro pertinente en ficha es el único instrumento con que el Fondo puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento de las normas que regulan la modalidad y procedencia o no, del pago por prestaciones cobradas. Este documento en ningún caso podrá ser adulterado, quedará en poder del prestador y debe estar permanentemente a disposición del Fondo cuando le sea requerido*". Por

tanto, desvirtúa parcialmente el Cargo N°1, manteniendo 49 prestaciones sin registro, validándose 4 prestaciones que se detallan en la siguiente tabla:

Rut	Folio	Cantidad Prestaciones	Irregularidad original
██████████	██████████	1	██████████
██████████	██████████	1	██████████
██████████	██████████	1	██████████
██████████	██████████	1	██████████
Total		4	

El prestador refiere que realizó todas las etapas del acto médico, sin embargo, los registros fueron de mala calidad y por tanto, los ha transcrito para dar cumplimiento a la norma técnica. Se revisaron las fichas enviadas, tanto en formato Word y PDF corroborando que las fichas han sido modificadas, observando nuevos respaldos que incluyen fecha, nombre y RUT del paciente, anamnesis, donde se detalla el motivo de consulta, examen físico general, destacando descripción de presión arterial, pulso, temperatura axilar, sistema linfático, sistema respiratorio, sistema cardiovascular, abdomen, extremidades superiores e inferiores, diagnósticos e indicaciones. Adicionalmente indica la entrega de licencia médica, incluyendo en algunos casos informes complementarios, como los que se tuvieron a la vista durante la fiscalización. Cabe señalar que por lo general se observa que para cada beneficiario los registros son iguales en cada atención, sin variar el motivo de consulta, examen físico ni signos vitales entre las distintas atenciones, copiando siempre los mismos datos en los diferentes registros. Solo en algunos beneficiarios se suman nuevos diagnósticos y/o modifica las indicaciones, sin embargo, la generalidad es que se repita el mismo registro, variando sólo la fecha de atención y las fechas del reposo. Lo anterior no permite la validación de prestaciones, ya que al igual que en el Cargo N°1, el prestador ha modificado las fichas clínicas, solo para ser presentadas en estos descargos, por lo que no desvirtúa el Cargo N°2, el que se mantiene tal como fuera formulado.

Finalmente, se mantiene el Cargo N°3 tal como fuera formulado, ya que no hace referencia a este en sus descargos.

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 aporta antecedentes que contribuyen a desvirtuar parcialmente 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 en Punto 30.1 letra f) y g)

Cargo asociado a 49 prestaciones, por un Monto Bruto de \$608.090 y un Monto FAM \$ 291.550.

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 72 consultas de medicina general en atenciones que no cumplen la definición de ésta según la Norma Técnico Administrativa vigente, ya que solo respalda la entrega de licencia médica, certificado médico, informe complementario u otro.

Cargo asociado a 72 prestaciones, por un Monto Bruto de \$893.520 y un Monto FAM \$428.400.

c) "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir: De recargos improcedentes, por ejemplo, cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad". Infracción señalada en el Punto 30.1, letra b.9).

Cargo asociado a 1 prestación, por un Monto Bruto de \$12.410 y un Monto FAM \$5.950.

Atendido los antecedentes, la Comisión propuso a la autoridad aplicar la sanción de amonestación y aplicar una multa acorde al monto bruto total infraccionado, sanción que este Jefe de Servicio comparte, motivo por el cual dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLICASE al prestador OSCAR ANTONIO UNDURRAGA PERALTA, ██████████ como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R/N°18666/2021 del 25/11/2021 de este servicio, la sanción de amonestación y el pago de una Multa de 49 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

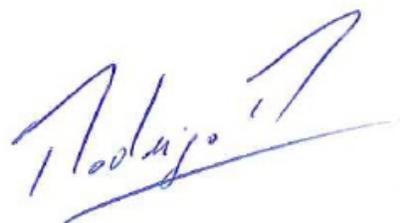
señala "medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado a propósito del brote de Covid-19", la que se considerará notificada desde su despacho.

4. Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho del afectado, de presentar un recurso de reposición ante la autoridad que aplica la sanción, en un plazo de 5 días hábiles desde el despacho de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo mramirez@fonasa.cl

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

W4Ou6mII

Código de Verificación