



**FONASA CENTRO SUR
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO SUR
DPTO. CONTRALORÍA**



RESOLUCIÓN EXENTA 5S N° 11211 / 2021

MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADORA D. NATALIA SOLEDAD DIAZ SOTO RUT [REDACTED] EXPEDIENTE E70585 /2020

CONCEPCION , 01/12/2021

VISTOS:

Lo dispuesto en los libros I y II del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud; el Reglamento contenido en el Decreto Supremo N° 369 de 1985; la Resolución Exenta 4A/N° 28 del 20 de marzo de 2019, modificada mediante Resolución Exenta 3G N° 1767/2021 que Establece la Estructura y Organización Interna del Fondo Nacional de Salud; Resolución Exenta N° 7 de fecha 02 de marzo de 2021; la Resolución Exenta 277/2011 y sus modificaciones posteriores; Resolución Exenta RA 139/58/2021 de fecha 19 de enero de 2021, del Director de Fonasa que nombra a don Carlos Ainsa Abatte como Director Zonal Centro Sur; todas del Fondo Nacional de Salud, la Resolución N° 7 del año 2019 y el Oficio N°3610 del 2020, todas de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2020, el Departamento de Contraloría de la Dirección Zonal Centro Sur, realizó una fiscalización a la cobranza de la prestadora, **D. NATALIA SOLEDAD DIAZ SOTO, RUT [REDACTED]**, respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre marzo de 2019 y agosto 2020, teniendo como origen un monitoreo de cobranza.

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, la prestadora se encuentra inscrita en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de Persona Natural de profesión Kinesióloga.

4. Que, la prestadora no presenta procesos anteriores.

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

-En el periodo de marzo de 2019 hasta agosto del año 2020, una cobranza por un valor total de \$22.757.540 y un valor FAM de \$7.104.260, siendo el 39% de los BAS emitidos a través del Front Prestador.

-Una variación del FAM >30% en su cobranza en los siguientes meses: abril(276%), junio (426%), en el año 2019 y julio (80%) del año 2020.

6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 151 beneficiarios(as) con 210 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 6.370 prestaciones del grupo 06 "Kinesiología" por un monto total de \$22.757.540 y un FAM de \$7.104.260.-

7. Que, mediante el Oficio Ordinario 5S N°28770/2020 del 09.10.2020, se solicitaron antecedentes de 151 beneficiarios(as).

8. Que, el Oficio Ordinario 5S N°28770/2020 se envía mediante correo electrónico, al e-mail inscrito en el convenio de la prestadora de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610 de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

9. Que, dentro del plazo establecido, con fecha 15.10.2020, la prestadora envió 89 fichas clínicas, de 89 beneficiarios(as), faltando un total de 62.

10. Que, se suspendió en forma transitoria su inscripción en el Rol de la Modalidad Libre Elección, según Res. Ex. 5S

N°6084/2021 de fecha 12.07.2021.

11. Que, del análisis de los antecedentes se establecen los siguientes hallazgos:

-Prestadora presenta un total de 89 fichas clínicas de 151 solicitadas, verificándose la ausencia de 62, no pudiéndose respaldar el registro de un total de 2.851 prestaciones Grupo 06 "Kinesiología"

-De la revisión de fichas presentadas, no se verifica el registro de respaldo de las atenciones en un total de 2.510 prestaciones, por lo que no es posible acreditar que estas fueron otorgadas.

-Se verifica el registro de respaldo en ficha clínica de un total de 1.009 prestaciones Grupo 06 "Kinesiología"

-Ausencia del 100% de órdenes de prescripción médica correspondiente a la totalidad de la muestra fiscalizada.

12. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 5S N° 11906/2021 de fecha 26.07.2021, en los siguientes términos:

Cargo N° 1 "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 Res Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo anterior se fundamenta en la no presentación de un total de 151 órdenes de prescripción médica de 151 beneficiarios(as) correspondiente a la totalidad de personas fiscalizadas, los cuales presentan emisión de 210 BAS asociados al cobro de un total de 6.370 prestaciones Grupo 06 "Kinesiología", situación que contraviene lo estipulado en el punto 12.1 letras e), f) y g) de la Res. Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones, la cual establece que "Deberá el prestador mantener el orden médica por un plazo no inferior a 5 años, desde la fecha de cobro de la prestación" además en la misma se señala que "Eventualmente, si un paciente requiere prolongar un tratamiento kinesiológico ambulatorio, el médico tratante deberá extender una nueva orden médica".

Es preciso señalar que la exigencia de este documento, que por lo demás se encuentra de manera explícita en la normativa técnica, no sólo son necesarias para efectuar el cobro al Fondo, sino que también, cumplen un rol fundamental para acreditar que un profesional médico determinó, previa evaluación clínica, el inicio de un tratamiento kinésico dependiendo del diagnóstico del paciente.

Cargo N° 2 "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico", infracción señalada en el Punto 30.1 letra g) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Minsal y sus modificaciones.

Lo que involucra la emisión y cobro de 5.361 prestaciones Grupo 06 "Kinesiología", contenidas en 210 BAS, emitidas en 151 beneficiarios(as) por un monto bruto de \$ 19.661.000 y un FAM de \$ 6.139.080.

Lo anterior, al no enviar los registros de respaldo solicitados mediante Oficio Ordinario 5S N°28770/2020, correspondientes a un total de 62 de 151 copias de las fichas clínicas y órdenes prescripción del médico tratante, por lo cual, no es posible acreditar la realización de las 2.851 prestaciones que usted presentó a cobro al Fondo Nacional de Salud.

Por otra parte en la revisión de las 89 fichas clínicas presentadas, se verifica que un total de 2.510 prestaciones no cuentan con el registro de respaldo, las que además deben ser en estricto orden cronológico, no pudiendo en consecuencia acreditar el otorgamiento de ellas, contraviniendo lo indicado en el Punto 4 letras b) c) y c2) y punto 12.1 letra K) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Minsal y sus modificaciones posteriores, "La ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que en forma física o electrónica, consigna los antecedentes personales del paciente, 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 ese sentido, el registro pertinente 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."

13. Que, el Oficio Ordinario de Cargos 5S N°11906/2021, se envía mediante correo electrónico, al e-mail inscrito en el convenio de la prestadora de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020 de la Contraloría General de la República.

14. Que, con fecha 28.07.2021, la prestadora presenta documentación a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

Para el Cargo 1:

-Reconoce la ausencia de órdenes médicas, que estas no fueron guardadas, pero si entregadas a los pacientes.

Para el Cargo 2:

-Adjunta un total de 29 fichas clínicas en formato Word y una planilla Excel con datos de atenciones de sus pacientes.

-Indica que se encontraba en un cambio laboral desde Clínica Chillán a Clínica Las Amapolas , en donde solicitó las fichas clínicas y que no fueron enviadas en su totalidad. Volvió a solicitarlas adjuntando así 29 fichas adicionales de su nuevo empleo.

-Respecto a las fichas clínicas faltantes, no puede saber que paso con ellas, ya que en su antiguo empleo le han enviado diferentes números de fichas en las 2 ocasiones y el personal de ese entonces no es el mismo de hoy.

-Finalmente indica que jamás en sus años de trabajo ha faltado a la verdad o abusado del sistema.

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

Para el Cargo 1:

-La prestadora no aporta antecedentes adicionales que permitan desvirtuar este cargo

-Lo anterior, contraviene lo señalado en la Normativa Técnica Administrativa que regula la Modalidad Libre Elección para el grupo 06 "Kinesiología", la cual establece en su punto 12.1 letra e) "Los médicos tratantes que indiquen atenciones para este grupo arancelario, lo harán derivando a los pacientes mediante prescripción médica en la que se identificará al beneficiario(a), además de consignar el diagnóstico y la indicación de tratamiento, no siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar.

- Es preciso señalar que, la prestadora debe mantener la orden médica por un plazo no inferior a 5 años, desde la fecha de cobro de la prestación, además en la misma Normativa se señala que: "eventualmente, si un paciente requiere prolongar un tratamiento kinesiológico ambulatorio, el médico tratante deberá extender una nueva orden médica"

-Por otra parte, el D.S. N°1082 de 1958 del MINSAL, que aprueba el Reglamento sobre el ejercicio de la profesión de Kinesiólogo, que en su artículo 3 señala: "El Kinesiólogo, sólo podrá aplicar estos métodos terapéuticos por indicación y orden médica escrita. Tendrá la obligación de mantener estas órdenes cuidadosamente registradas y archivadas.

-Por último, la exigencia de este documento, que por lo demás se encuentra de manera explícita en la normativa técnica, no sólo son necesarias para efectuar el cobro al Fondo, sino que también, cumplen un rol fundamental para acreditar que un profesional médico determinó, previa evaluación clínica, el inicio de un tratamiento kinésico dependiendo del diagnóstico del paciente.

-Se mantiene a firme este Cargo.

Para el Cargo 2:

-De las fichas clínicas y planilla Excel enviada, sólo es posible validar un total de 33 antecedentes clínicos adicionales, permaneciendo un total de 29 beneficiarios(as) sin ficha clínica, lo que no permite validar un total de 1.448 prestaciones de kinesiología enviadas a cobro.

-Además de las 33 fichas clínicas revisadas, se verifica el registro de respaldo de un total de 385 prestaciones de kinesiología, no pudiendo en consecuencia acreditar que un total de 3.528 fueron otorgadas.

-Que, la normativa vigente de FONASA, en su punto 4 letra b), indica que la ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que en forma física o electrónica, consigna todos los antecedentes personales del paciente, su historial clínico-médica, y otros datos sensibles, que son indispensables para el juicio acabado de la enfermedad actual, y paraderminar el otorgamiento de los beneficios de salud, contemplados en el Régimen General de Prestaciones de Salud.

-En ese sentido el registro pertinente 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 porprestaciones cobradas. Este documento en ningún caso puede ser adulterado, quedará en poder del prestador y debeestar permanentemente a disposición del Fondo cuando le sea requerido.

- Que, el punto 4 letra c) y c.2) de la normativa vigente de FONASA, establece que los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, con la identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de atención

de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros médicos de especialidad o en su domicilio, constituido este documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas.

- Que, es responsabilidad absoluta del prestador en convenio, el resguardo y seguridad de las fichas clínicas, debiendo contar siempre con los respaldos necesarios. Esta obligación, no solo está contemplada en la normativa vigente de FONASA y en el convenio celebrado por el prestador, sino que también, tiene su consagración legal en la Ley 20.584, de derechos y deberes de los Pacientes.

-Bajo este mismo contexto es preciso señalar que, las fichas clínicas, cualquiera sea su soporte, deben almacenarse en un archivo o repositorio que garantice que los registros son completos y asegure el acceso oportuno, la conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella, según lo estipula el Artículo 8° del D.S.N°41 de año 2012 del MINSAL, que aprueba el Reglamento sobre fichas clínicas.

-Que, además el punto 12.1.1 letra k) de la normativa vigente establece que para el cobro de las prestaciones del grupo 06 subgrupo 01, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas. Deberán disponer de ficha clínica que consigne el nombre del beneficiario, diagnóstico médico, prescripción médica con identificación de quién derivó e indicó el tratamiento, detalle de las prestaciones realizadas en orden cronológico, evaluación general y terapias a realizar.

-Por último, el cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas.

-Se desvirtúa parcialmente este Cargo.

16. Que, en sesión del 05.11.2021, la Comisión de Sanción Zonal Centro Sur, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, concluyó que las prestaciones cobradas por la prestadora, 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, la profesional presenta descargos que permiten 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, todas del Minsal, infringiendo los siguientes puntos:

a) "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)

Cargo que no involucra montos

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

Cargo asociado a 4.976 prestaciones, por un Monto Bruto de \$18.460.150 y un Monto FAM de \$5.764.920 .-

17.- Por otro lado, la Comisión de Sanción Zonal Centro Sur, analizados los antecedentes del caso consideró como agravantes, lo siguiente:

-El 78% de las prestaciones del universo fiscalizado, presentan irregularidades.

18.- Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de Suspensión del Convenio en el Rol de la MLE que mantiene la prestadora con el FONASA por un plazo de 180 días y aplicar una multa acorde al monto bruto total infraccionado, sanción que esta autoridad comparte, motivo por el cual dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLÍCASE a la prestadora **NATALIA SOLEDAD DIAZ SOTO, RUT** [REDACTED] como consecuencia de los cargos formulados mediante Oficio Ordinario 5S N°11906/2021, del 26.07.2021 de este servicio, la sanción de Suspensión de su inscripción en el rol de la MLE por un plazo de 180 días y el pago de una Multa de 500 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. IMPÚTESE el tiempo que la prestadora ha estado suspendida, al periodo de suspensión aplicado como sanción en el numerando 1° precedente.

3. REINTÉGRESE por la prestadora el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, que equivalen a \$5.764.920.-

Dicho reintegro, deberá efectuarse dentro de un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución, mediante transferencia electrónica a nombre de FONASA, Rut 61.603.000-0, Banco Scotiabank, Cuenta Corriente 990000636.

El comprobante de la transferencia deberá enviarse al correo electrónico mgana@fonasa.cl c/c jpalacios@fonasa.cl y reintegros_fam@fonasa.cl.

En caso de incumplimiento, por parte del prestador, el Fondo Nacional de Salud está facultado para iniciar acciones legales.

4.COMUNÍQUESE a la prestadora, que por tratarse de multa a beneficio fiscal, el pago debe hacerse efectivo en el sitio web de la Tesorería General de la República, 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 Departamento de Contraloría MLE, a través del correo electrónico contraloriamle@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

5.NOTIFÍQUESE esta Resolución a la prestadora, la que se efectuará vía correo electrónico al e-mail inscrito 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.

6. Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho de la afectada, 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 desde el despacho de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo recursosmle@minsal.cl

7. 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"



CARLOS JOSE AINSA ABATTE
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

CJAA / AVR / MTF / RCG / mscm

DISTRIBUCIÓN:

D. NATALIA DIAZ SOTO / [REDACTED]
AFECTA ART. 7 LETRA G, LEY 20.285

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

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

bzviQhVh

Código de Verificación

