



**FONASA NIVEL CENTRAL
DIVISIÓN CONTRALORIA
DPTO. CONTRALORÍA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN**



RESOLUCIÓN EXENTA 3E N° 11828 / 2021
MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR GERIBA CENTRO
DENTAL Y VISIÓN SpA, [REDACTED]
SANTIAGO , 21/12/2021

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I y II del D.F.L. N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud, el Reglamento contenido en el Decreto Supremo de Salud N° 369 de 1985; la Resolución Exenta 3G 1.767 del 25 de febrero de 2021, la Resolución Exenta N° 07 del 02 de marzo 2021; y la Resolución Exenta 277/2011 y sus modificaciones posteriores, las facultades que me confiere el nombramiento contenido en el Decreto N°27, de 15 de marzo de 2018, del Ministerio de Salud; la Resolución N° 7 del 2019, todas de la Contraloría General de la República y

CONSIDERANDO:

1.- Que, durante el año 2021 la División Contraloría, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador **GERIBA CENTRO DENTAL Y VISIÓN SpA, [REDACTED]**, respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre enero-junio 2020, teniendo como origen el resultado del monitoreo permanente que realiza el Departamento Contraloría Modalidad Libre Elección (MLE) y de la vigilancia constante de la Emisión y Venta de Bonos de atención de salud (BAS), para la detección del fraude en la Modalidad Libre Elección. Sumado al ingreso de 2 denuncias mediante Solicitud Ciudadana Escalable (SCE) con folios: N° 993080 y N° 996910, realizadas por dos beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, quienes señalaron tener emisión de BAS por parte del prestador y no recibir prestaciones presentadas a cobro por la entidad.

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 jurídica, inscrito en nivel 3, teniendo autorizada las prestaciones con códigos: 1201003, 1204004, 1201005, 1201009, 1201011, 1201012, 1201014, 1201015 y 1201027.

4.- Que, el prestador no presenta procesos anteriores.

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

a) Un aumento por sobre el 20% del promedio de cobranza en los meses de diciembre de 2018 a junio de 2019 y de octubre a de 2019 a marzo de 2020.

b) El 99% de la emisión fue a través del Portal Prestador, mientras que un 1% de la emisión fue a través del bono electrónico I-MED.

c) Existen 2 denuncias mediante SCE, realizadas por 2 beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, quienes señalaron tener emisión de BAS por parte del prestador, enfatizando no haber solicitado ni recibido dichas prestaciones.

6.- Que, en base al análisis de la cobranza del prestador, se seleccionó para fiscalizar una muestra correspondiente a 268 beneficiarios, a quienes se les asocia la cantidad de 542 prestaciones, contenidas en 270 Bonos de Atención de Salud, en adelante BAS, por un monto bruto total de \$ 3.134.380 y un monto FAM de \$ 983.300-.

7.- Que, con fecha 07 de enero de 2021 se envía al prestador el Oficio Ordinario 3E N°191/2021, con la solicitud de fichas clínicas, informes de exámenes y órdenes médicas que respalden la ejecución de 542 prestaciones del grupo 12 del arancel, emitidas para 268 beneficiarios en el periodo comprendido entre enero y junio 2020, siendo enviado al correo electrónico inscrito del prestador en el convenio MLE, de acuerdo a Oficio 3610 de 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”.

8.- Que, con fecha 12 de enero de 2021, se recibe un correo electrónico de D. Manuel Gálvez Donoso, abogado de la entidad, en el cual solicita una prórroga de 10 días hábiles para enviar los antecedentes solicitados.

9.- Que, con fecha 13 de enero de 2021, se le envía un correo electrónico en respuesta a abogado D. Manuel Gálvez Donoso, informando que cuenta con una prórroga de 3 días hábiles, de acuerdo a lo señalado en la Ley N° 19.880 que **“Establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del estado”**, informando que el plazo máximo posible para recepcionar los antecedentes solicitados es hasta el día 17 de enero de 2021.

10.- Que, encontrándose fuera del plazo establecido, con fecha 18 de enero de 2021 el prestador envía antecedentes clínicos solicitados mediante Oficio Ordinario 3E N°191/2021.

11.- Que, debido a la recopilación de antecedentes, con fecha 02 de agosto de 2021 se le envía al prestador la Resolución Exenta 7T N° 6612/2021, de suspensión transitoria de su rol en la MLE, siendo enviado al correo electrónico del prestador inscrito en convenio MLE, de acuerdo a Oficio 3610 de 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”.

12.- Que, con fecha 04 de agosto de 2021, se recepciona en Oficina de partes del FONASA, un Recurso de Reposición interpuesto por el prestador en respuesta a la Resolución Exenta 7T N° 6612/2021, además de volver a adjuntar los antecedentes clínicos ya enviados.

13.- Que, debido a la revisión y análisis de los antecedentes enviados por el prestador en respuesta al Oficio Ordinario 3E N°191/2021, se concluye lo siguiente:

a) Se recepcionan 107 archivos en formato PDF, correspondientes a 107 beneficiarios, los cuáles no constituyen registros que permitan respaldar el cobro de prestaciones realizadas por el prestador ante el Fondo Nacional de Salud, debido a que no cumplen con lo indicado en normativa técnico administrativa que rige MLE.

El registro enviado contiene la identidad del beneficiario, edad, fecha de atención, orden de trabajo (esfera, cilindro y eje) para ojo derecho y ojo izquierdo. Sin embargo, no registra el diagnóstico clínico o vicio de refracción asociado, ni tampoco la identificación del profesional tratante que realizó dicha prestación.

Es menester señalar que, dichas órdenes de trabajo se asocian a examen optométrico con prescripción de lentes. Sin embargo, los códigos de las prestaciones fiscalizadas corresponden a las prestaciones: 1201004 “Curva de tensióna planática” y 1201014 “Tonometría aplanática”.

Dado lo anterior, no se pueden considerar registros de respaldo que permitan verificar que las 214 prestaciones con códigos: 1201004 y 1201014, fueran efectivamente realizadas a los 107 beneficiarios, lo que involucra un monto bruto de \$1.252.610 y un FAM de \$391.450-.

b) No se evidenció registro de respaldo para 322 prestaciones con códigos: 1201004, 1201012 y 1201014, contenidas en 161 BAS, emitidas en 159 beneficiarios, lo que involucra un monto bruto de \$1.829.730 y un FAM de \$571.770, donde el prestador realizó cobranza ante el Fondo Nacional de Salud.

c) Cobro de 6 prestaciones con códigos: 1201005, 1201012, 1201015 y 1201027, contenidas en 2 BAS, emitidas en 2 beneficiarios, quienes interpusieron denuncias con folios: N° 993080 y N° 996910, mediante Solicitud Ciudadana Escalable (SCE), denunciando la utilización de sus datos por parte de la entidad, para la emisión de prestaciones que no solicitaron ni tampoco fueron recibidas. Lo que involucra un monto bruto de \$ 52.040 y un FAM de \$ 20.080-.

14.- Que, a partir de todos los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 3E N° 13479/2021 de fecha 23 de agosto de 2021, en los siguientes términos:

Cargo N°1: “Cobro de prestaciones no realizadas”. Infracción señalada en la Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, en el Punto 30.1 letra b.4).

Lo que involucra el cobro de 6 prestaciones con códigos: 1201005, 1201012, 1201015 y 1201027, contenidas en 2 BAS, emitidas en 2 beneficiarios, por un monto bruto de \$ 52.040 y un FAM de \$ 20.080, prestaciones que fueron presentadas a cobro por usted y pagadas por el Fondo Nacional de Salud.

Lo anterior, fundamentado en el ingreso de 2 denuncias con folios: N° 993080 y N° 996910, mediante Solicitud Ciudadana Escalable (SCE), interpuestas por 2 beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, quienes denuncian la

utilización de sus datos por parte de su entidad, para la emisión de las prestaciones que no solicitaron ni tampoco fueron recibidas

Lo cual, contraviene lo indicado en el Punto 6.1 letra d) de la normativa señalada:

“Los honorarios sólo pueden ser percibidos por el profesional o entidad que efectivamente otorgó la prestación y, que de acuerdo con la Resolución Exenta que regula el procedimiento de convenios, cuente con los elementos indispensables para su realización”.

Asimismo, infringe lo que esta normativa establece en el Punto 6.2 letra b): **“El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas”.**

Cargo N°2: “No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”. Infracción señalada en la Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, en el Punto 30.1 letra g).

Lo que involucra un total de 536 prestaciones con códigos: 1201004, 1201012 y 1201014 contenidas en 268 BAS, emitidas en 266 beneficiarios, por un monto bruto de \$ 3.082.340 y un FAM de \$ 963.220, prestaciones que fueron presentadas a cobro por usted y pagadas por el Fondo Nacional de Salud.

Lo anterior, fundamentado en:

a) La recepción y análisis de 107 archivos en formato PDF, correspondientes a 107 beneficiarios, los cuáles no permiten respaldar el cobro de las prestaciones emitidas por usted. Dado que el registro enviado contiene la identidad del beneficiario, edad, fecha de atención, orden de trabajo (esfera, cilindro y eje) para ojo derecho y ojo izquierdo. Sin embargo, no registra el diagnóstico clínico o vicio de refracción asociado, ni tampoco la identificación del profesional tratante que realizó dicha prestación.

A mayor abundamiento, las órdenes de trabajo enviadas por usted, se relacionan a examen optométrico con prescripción de lentes; sin embargo, los códigos de las prestaciones fiscalizadas en los 107 beneficiarios corresponden a las prestaciones: 1201004 “Curva de tensión aplanática” y 1201014 “Tonometría aplanática”.

Dado lo anterior, no se pueden considerar registros de respaldo que permitan verificar que las 214 prestaciones con códigos: 1201004 y 1201014 fueran efectivamente realizadas a los 107 beneficiarios, lo que involucra un monto bruto de \$1.252.610 y un FAM de \$391.450-.

Por tanto, contraviene lo señalado el Punto 4, letra c) y c.2), de la Resolución Exenta N° 277/2011 del MINSAL y sus modificaciones, que indica: **“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: 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”.**

Asimismo, contraviene lo señalado en el Punto 18 letra e.4) de la Resolución 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones: **“Para ese efecto, deberán mantener registros actualizados de los pacientes en control, con las actividades efectuadas y las fechas de atención respectivas”.**

b) No se evidenció registro de respaldo para 322 prestaciones con códigos: 1201004, 1201012 y 1201014, contenidas en 161 BAS, emitidas en 159 beneficiarios, lo que involucra un monto bruto de \$1.829.730 y un FAM de \$571.770, donde usted realizó cobranza ante el Fondo Nacional de Salud. Dicha documentación fue solicitada mediante Oficio Ordinario 3EN°191/2021 de fecha 07 de enero de 2021.

Lo anterior, contraviene lo señalado en el Punto 4 letra c.3) de la Resolución Exenta 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones que indica: **“Los profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo a lo menos cinco años, a contar de la última atención efectuada a un paciente. En caso de no disponerse de este documento las prestaciones se entenderán por no efectuadas”.**

Cargo N°3: “Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes”. Infracción señalada en el Punto 30.1 letra h) de la Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo anterior, al informar usted mediante misiva enviada con fecha 04 de agosto de 2021, que D. Juan Sebastián Videla Guerrero, Rut 17.468.666-1, Tecnólogo Médico, es parte de la planta profesional de centro ubicado en Moneda N° 782, local 305-A, Santiago, no encontrándose dicho profesional inscrito en Res. Exenta 2G N° 919/2018 de convenio MLE de

su entidad.

Por tanto, usted no tiene actualizados los integrantes de su planta profesional en su convenio MLE, incurriendo en un incumplimiento a lo señalado en la Res. Exenta 871/2017 que Aprueba Procedimiento De Inscripción para profesionales de salud y establecimientos asistenciales de salud en el Rol de la Modalidad Libre Elección del Régimen de Prestaciones De Salud, que indica: **“Los profesionales y entidades asistenciales de salud quedan obligados a mantener debidamente actualizada toda la información presentada con su solicitud de inscripción, incluida la documentación técnico-sanitaria, administrativa y legal. En caso de producirse cambios en la información o la documentación, el prestador deberá dentro de los 30 días corridos siguientes a la fecha de producido el cambio, remitir al FONASA los antecedentes que lo acrediten a través de las vías que FONASA determine”.**

15.- Que, el Oficio Ordinario de cargos 3E N° 13479/2021 de fecha 23 de agosto de 2021, se envía al correo electrónico del prestador inscrito en convenio MLE, de acuerdo a lo instruido en Oficio 3610 de 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”.

16.- Que, con fecha 30 de agosto de 2021, D. Manuel Gálvez abogado en representación del prestador, solicita una prórroga para el envío de los descargos.

Por tanto, dado que la solicitud se realiza dentro del plazo establecido en Ley 19.880, se le concede al prestador una prórroga para el envío de sus descargos, entregándole 2 días más, es decir, hasta el jueves 02 de septiembre de 2021.

Lo anterior, basado en el Art. 26 de Ley 19.880 que indica: **“La Administración, salvo disposición en contrario, podrá conceder, de oficio o a petición de los interesados, una ampliación de los plazos establecidos, que no exceda de la mitad de los mismos, si las circunstancias lo aconsejan y con ello no se perjudican derechos de tercero”.**

17.- Que, encontrándose fuera del plazo establecido, con fecha 05 de octubre de 2021, el prestador entrega misiva en Oficina de Partes del FONASA, con su descargos mas antecedentes clínicos, los cuáles se proceden a revisar.

18.- Que, los descargos enviados por el prestador contemplan lo siguiente:

Para el cargo n°1. Se extrae de forma textual de misiva enviada por el prestador:

“Debemos señalar, que habiendo efectuado una revisión de los antecedentes de las personas indicadas, no fueran estos habidos toda vez que conforme las restricciones sanitarias que existen desde el año 2020, el extravío de algunos documentos, el cierre de la sucursal algunos días de cuarentena total, se extraviaron algunos documentos administrativos, en los que esta parte presume podrían encontrarse estos antecedentes. Sin embargo, conforme la fecha de emisión de las respectivas prestaciones, lo que podríamos indicar es que en aquella oportunidad y sin recordar claramente cuáles eran los nombres de las personas, es que mi representada relata a través de sus trabajadores que existió un incidente en la consulta médica, referente a que una vez efectuada la transacción o emisión de bonos, no recordamos con exactitud si era una o más personas, hombre o mujer esto en atención al tiempo que ha transcurrido a la fecha, estos desistieron de la atención por cuanto nos encontrábamos con una demora en la atención, estas se molestarán y causarán un pequeño alboroto lo que produjo que tanto los clientes como la persona que ocasionó dicho incidente y sumado a nuestro personal, comenzarán una discusión que termino con los clientes retirándose de la consulta médica.

Eventualmente esta parte podría haber olvidado efectuar la anulación de la respectiva prestación, motivo por el cual estas se encontrarían reclamando, lo que está parte no puede asegurar por cuanto no recuerda con exactitud mayores antecedentes. Que siendo este un hecho aislado que no se ha producido de mala fé, ni intencionalmente, sino mas bien la situación antes descrita provoco el olvido de la funcionaria a cargo de la anulación de la prestación. Es importante tener presente que las normas de Derecho Administrativo responden, teleológicamente, a fines racionales y desde está perspectiva estimamos que el olvido de está parte en no efectuar la anulación de la emisión de los respectivos bonos y que claramente está parte reconoce podría ocasionar una molestia a las personas que no recibieran la prestación, lo que lamentamos profundamente, pero reiteramos no ha sido ocasionado intencionalmente y ni tampoco de mala té, sino más bien ocurrió principalmente por un caso fortuito o un hecho aislado.

En atención a lo señalado anteriormente, solicito tener presente lo informado al momento de resolver este descargo, por cuanto como ya indique, la no anulación de estas prestaciones médicas en tiempo y forma, pudieran causar una molestia a los usuarios, informando esta parte desde ya, el reintegro y devolución de los montos respectivos y solicitando no ser sancionados, y en el caso probable en que usted considere que mi representada debe ser sancionada, solicito sea con una amonestación”.

Para el cargo n°2. Se extrae de forma textual de misiva enviada por el prestador:

“Respecto, y conforme el oficio ordinario 3E N°13479/2021 de fecha 23 de agosto de 2021, que formula el cargo N°2 a esta parte, lo primero que debemos mencionar es que efectuada una revisión de las instalaciones de la empresa, se logró encontrar un archivador con distintas ordenes de trabajo y fichas que contienen información de los pacientes que se han atendido en nuestro centro de atención, al respecto se acompañan 110 órdenes medicas en donde existe constancia de que los pacientes retirarán los exámenes respectivos e indican los códigos de los exámenes que han hecho retiro, motivo más que suficiente para dar por acreditado la existencia de la prestación.

Es de importancia señalar que la imputación de este cargo, respecto del análisis y documentación que esta parte acompaño con fecha 18 de enero y 04 de agosto de 2021 y conforme lo expuesto en la propia formulación de cargos, es que no se logra comprender cual es el objetivo o fin de solicitar la remisión de distintas fichas de las atenciones de los pacientes que han recibido una prestación de un servicio de nuestra sociedad, si luego y una vez presentados los respectivos antecedentes, vuestra institución critica que los documentos acompañados contengan el nombre, edad, fecha de atención del beneficiario, orden de trabajo, etc. si es justamente lo que ha sido solicitado por la respectiva autoridad fiscalizadora.

En caso contrario, nos plantea como una opción, que vuestra institución efectuara una ficha de antecedentes modelo estandar para que en la eventualidad de que fueran requeridos los antecedentes, a lo menos se pudiera dar por cumplido lo solicitado, esto por cuanto cuanto al dar cumplimiento a los antecedentes solicitados, de igual forma se considera que no se han cumplido, es más pareciera contradictorio que acompañando estos antecedentes no sea suficiente para acreditar la existencia de la atención médica respectiva, es más la documentación requerida en oficio ordinario 3E N°191/2021 de fecha 07 de enero de 2021, es justamente lo que se solicita y que esta parte acompaña.

Conforme aquello, esta parte no puede estar de acuerdo entonces en lo manifestado en los cargos formulados, por cuanto no existe certeza respecto del documento idóneo para efectos de comprobar o dar cumplimiento a la existencia de una ficha clínica. No sería en este caso más obvio, que vuestra Institución indicará un modelo a seguir para en definitiva las partes y distintos otros prestadores de servicios, pudieran tener una misma ficha que cumpliera los requisitos exigidos por vuestra institución, toda vez que no existe un criterio uniformado que de cuenta con exactitud de lo que debe o no debe requerir una ficha chica para ustedes. Recordar que somos pequeños empresarios, que el costo de la prestación de servicios es algo mas costoso que pedir cumplir justamente lo mismo a instituciones como Clínicas o Centros Medicas.

En virtud de lo anterior solicito sea desestimada la formulación de este cargo, por lo motivos antes expuestos y habiendo está parte acompañado la documentación solicitada y acompañada en el primer otrosí de este escrito, vengo en solicitar se tenga por cumplido lo ordenado en oficio ordinario 3E N°13479/2021 de fecha 23 de agosto de 2021, dejando sin efecto el cargo formulado y dando por acreditadas las prestaciones respectivas”.

Para el cargo n°3. Se extrae de forma textual de misiva enviada por el prestador:

Se acompaña planta profesional que actualmente se encuentra funcionado en nuestro Centro Dental y Visión ubicada en Moneda N7112, local 305-A, Comuna de Santiago, para su conocimiento y que corresponde a; YASNA ROMINA SANCHEZ GONZALEZ RUT 16.0603.905-3, Tecnólogo Medico. JUAN SEBASTIÁN VIDELA GUERRERO, RUT [REDACTED] Tecnólogo Medico”.

Que por un error involuntario, esta parte incorpore a don JUAN SEBASTIÁN VIDELA GUERRERO, [REDACTED] Tecnólogo Medico, en la respectiva nomina, por información mal remitida a esta parte.

Al respecto el Sr. Videla, no es ni ha sido trabajador de nuestra sociedad y tampoco ha prestado servicios en nuestras dependencias, así lo manifiesta la misma persona a través de declaración jurada que se acompaña para su conocimiento, en donde este mismo ratifica los hechos antes descritos.

Es más, el señor Videla presta servicios a otra sociedad relacionada al ex marido de una de las socias de la empresa, motivo por el cual se produjo la confusión, hecho por el cual solicito tener por rectificado lo informado en carta acompañada con fecha 18 de enero de 2021 y 04 de agosto del mismo año, eliminando de aquella información al Sr. JUAN SEBASTIÁN VIDELA GUERRERO, [REDACTED], Tecnólogo Medico, por cuanto este no es trabajador, ni ha prestado servicios a esta empresa.

Conforme lo manifestado anteriormente y a fin de dar cuenta de la planta actual de profesionales, procedo a dar cumplimiento a lo ordenado con fecha 07 de enero de 2021 en oficio ordinario 3E N°191/2021, y pongo en conocimiento de usted la actual planta profesional del centro, informando que corresponden a:

- Yasna Romina Sánchez González, Rut 16.603.905-3, Tecnólogo Médico, especialidad en Oftalmología.*
- Daniela Nathalia Valdivia Vásquez, Rut 17.306.082-3, Tecnólogo Médico, especialidad en Oftalmología y optometría.*

Ambas autorizadas por resolución exenta 2G N°919/2018, de fecha 23 de enero de 2018. Erika Francisca Olivos

Villanueva, [REDACTED] *Tecnólogo Médico, especialidad en Oftalmología y Optometría. Autorizada por oficio ordinario 3.30 N°24306/2019, de fecha 19 de septiembre de 2019.*

En virtud de lo anterior, solicito desestimar el cargo formulado y dejarlo sin efecto, por los motivos antes expuestos, habiendo está parte incurrido en un error involuntario al señalar a un tercero que no pertenecía a la sociedad y en definitiva tener por cumplido lo ordenado en oficio ordinario 3E N°13479/2021 de fecha.

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

Para el cargo n°1: Es menester señalar que, al revisar los BAS involucrados de los 2 beneficiarios que realizaron la SCE por "Cobro de prestaciones no realizadas", se evidenció que ambos BAS denunciados fueron presentados a cobro y pagados al prestador, no siendo anulados.

De acuerdo a lo relatado por el prestador, estos 2 beneficiarios no fueron atendidos y no recibieron las prestaciones presentadas a cobro, ya que según lo señalado, se retiraron de la consulta molestos por la demora en su atención.

Por tanto, al no haber recibido las prestaciones cobradas los beneficiarios, se configura la infracción "**Cobro de prestaciones no realizadas**". Infracción señalada en la Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, en el Punto 30.1 letra b.4).

Lo anterior, contraviene lo señalado en nuestra normativa técnica que rige MLE, en el Punto 6.2 letra b): "**El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas**".

Dado lo anterior, se mantiene a firme el cargo.

Para el cargo n°2: Es menester señalar que, la facultad de FONASA de requerir las fichas clínicas se encuentra basada en el Dictamen de la Contraloría N° 8531/2001, de fecha 8 de marzo de 2001, el cual señala:

"En tales condiciones, menester resulta concluir, que el Fondo Nacional de Salud se encuentra en el deber de fiscalizar la Modalidad de Libre Elección que contempla Ley N° 469, y que en cumplimiento de esa función cuenta con atribuciones para exigir a los profesionales o entidades inscritos para prestar servicios bajo esa modalidad, la presentación de toda la información técnica o administrativa que respalde el otorgamiento de las prestaciones efectuadas y le permita verificar que tales prestaciones de salud hayan sido efectivamente llevadas a cabo por los profesionales que requieren su pago, incluida aquella de carácter reservado que se contenga en fichas médicas, siempre que sea necesario al efecto y debiendo mantenerse la confidencialidad que corresponda respecto de esta información, por el funcionario fiscalizador que tome conocimiento de la misma."

De las normas legales transcritas precedentemente, se desprende que Fonasa cuenta con las atribuciones para acceder a las fichas clínicas de sus beneficiarios que son atendidos en la Modalidad de Libre Elección por prestadores en convenio, precisamente para ejercer sus facultades de fiscalización sobre el correcto financiamiento de dichas atenciones, quedando resguardado el tratamiento de los datos sensibles de tales pacientes por el deber legal de confidencialidad que se citó precedentemente.

Por otro lado, la revisión de los descargos enviados por el prestador, da cuenta de la recepción de 110 archivos PDF de 268 beneficiarios solicitados en la muestra a fiscalizar, faltando 158 antecedentes clínicos solicitados mediante Oficio Ordinario Oficio Ordinario 3E N°191/2021 de fecha 07 de enero de 2021.

Del análisis de los 107 archivos enviados, se puede concluir lo siguiente:

- 110 archivos en formato PDF, correspondientes a 107 beneficiarios, los cuáles contiene la identidad del beneficiario, edad, fecha de atención, orden de trabajo (esfera, cilindro y eje) para ojo derecho y ojo izquierdo. Registrándose el diagnóstico y la identificación del profesional tratante que realizó dicha prestación.
- Dichas órdenes de trabajo se asocian al resultado de la prestación examen optométrico con prescripción de lentes; sin embargo, los códigos de las prestaciones fiscalizadas corresponden a las prestaciones: 1201004 "Curva de tensión aplanática" y 1201014 "Tonometría aplanática", por lo que no constituyen registro válido que permita verificar el cobro de las prestaciones presentadas por el prestador ante el Fondo Nacional de Salud.
- Es menester señalar que la prestación "Curva de Tensión Aplanática", código 1201004, es un examen indicado para medir la variación de la presión intraocular durante el día, necesario en la pesquisa, diagnóstico y seguimiento de pacientes con glaucoma o con sospecha de tenerlo. Se toma la presión ocular 3 o 4 veces durante el día.

- La prestación “Tonometría aplanática”, código 1201014, Consiste en la medición de presión intraocular en cualquier momento del día. Se realiza con un instrumento llamado tonómetro aplanático de Perkins. Para la realización del examen se deben aplicar gotas anestésicas, cuyo efecto dura aproximadamente 15 minutos y teñir con un colorante (fluoresceína) los ojos, para luego aplanar la córnea con el tonómetro y determinar la presión intraocular.
- Por tanto, ninguno de los registros clínicos enviados, permiten respaldar el cobro de las prestaciones presentadas a cobro por el prestador.

Dado lo anterior, se mantiene a firme el cargo.

Para el cargo n°3: Dado que el prestador señala en la misiva de sus descargos que por error involuntario de tipo administrativo incluyó en su planta profesional al Tecnólogo Médico JUAN SEBASTIÁN VIDELA GUERRERO, [REDACTED], enfatizando que el trabajador, no ha prestado servicios a esta empresa y que D. Juan Videla presta servicios a otra sociedad relacionada al ex marido de una de las socias de la empresa, motivo por el cual se produjo la confusión.

Dado lo anterior, se desvirtúa completamente el cargo.

20.- Que, en sesión del 09 de noviembre de 2021, la Comisión Nacional de Fiscalización y Reclamos MLE, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, concluyó que las 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; considerando que el prestador presentó descargos fuera de plazo que permitieron desvirtuar solamente el cargo N°3.

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:

Cargo N°1: “Cobro de prestaciones no realizadas”. Infracción señalada en la Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, en el Punto 30.1 letra b.4).

Cargo N°2: “No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”. Infracción señalada en la Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, en el Punto 30.1 letra g).

A continuación se detalla las prestaciones y montos involucrados en los cargos:

N° Cargo	Breve descripción cargo	N° Prestaciones involucradas	Monto total involucrado \$	Monto FAM involucrado \$	Monto copago involucrado \$
1	“Prestaciones no realizadas”.	6	\$52.040	\$20.080	\$31.960
2	“Sin registro de respaldo”.	536	\$ 3.082.340	\$ 963.220	\$ 2.119.120
TOTAL		542	\$ 3.134.380	\$ 983.300	\$ 2.151.080

21.- Que, atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de Suspensión transitoria por 90 días de su convenio MLE y aplicar una multa acorde al monto bruto total infraccionado, sanción que esta autoridad comparte, motivo por el cual dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.- APLICÁSE al prestador **GERIBA CENTRO DENTAL Y VISIÓN SpA**, [REDACTED], como consecuencia de los cargos formulados mediante Oficio Ordinario 3E N° 13479/2021 de fecha 23 de agosto de 2021, de este servicio, la sanción de Suspensión Transitoria por 90 días y el pago de una Multa de 102 U.F., medidas contempladas en el inciso 8° del Art. 143 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que regula la Modalidad de 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, 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.

3.- REINTÉGRESE por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, que equivalen a \$983.300-. Dicho reintegro, deberá efectuarse dentro de un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución, mediante transferencia electrónica a nombre de FONASA, [REDACTED] Banco Scotiabank, Cuenta Corriente 990000636.

El comprobante de la transferencia deberá enviarse al correo electrónico mgana@fonasa.cl c/c [REDACTED] reintegro_fam@fonasa.cl y [REDACTED]

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

4.- NOTIFÍQUESE esta Resolución al prestador, 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.

5.- 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. Ministro de Salud, en un plazo de 15 días desde la notificación de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo recursosmle@minsal.cl

6.- 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 / IBPI / MPA / JML / BBD / BML / bph

DISTRIBUCIÓN:

GERIBA CENTRO DENTAL Y VISIÓN SPA, [REDACTED]

D. DAISE PUGA CORREA; REPRESENTANTE LEGAL

CORREO ELECTRÓNICO: [REDACTED]

DIRECCION CASA MATRIZ [REDACTED]

DIVISIÓN FISCALÍA

DPTO. CONTRALORÍA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

DIVISIÓN GESTIÓN FINANCIERA

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

jv0DcFZp

Código de Verificación

