



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



RESOLUCIÓN EXENTA 3E N° 12083 / 2021

**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR CONSULTAS
MÉDICAS JONATHAN BRAVO E.I.R.L., RUT N°**

SANTIAGO , 22/12/2021

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, la 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 de Contraloría, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador, CONSULTAS MÉDICAS JONATHAN BRAVO E.I.R.L., [REDACTED] respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre abril y junio del 2021, teniendo como origen el monitoreo de su emisión y 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, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de Persona Jurídica, con prestaciones autorizadas en su convenio del grupo 01, código 0101001 "CONSULTA DE MEDICINA GENERAL", desde el 31/03/2021.

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

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

- Para el período abril – junio 2021 presentó a cobro un total de 513 prestaciones código 0101001, comprendidas en 513 Bonos de Atención de Salud (BAS) emitidos a 367 beneficiarios, por un Monto Bruto total de \$ 6.366.330.- , y un Fondo de Ayuda Médica (FAM) asociado de \$ 3.313.980.-
- Todos los BAS fueron emitidos bajo la modalidad electrónica.
- La mayor cantidad de BAS se emitieron durante el mes de mayo.
- Todos los BAS solo han sido emitidos y presentados a cobro. Estos BAS no han sido pagados por el Fondo.

6.- Que, con fecha 03/08/2021 se realizan entrevistas a beneficiarios desde el centro de llamados del Departamento de Contraloría. La entrevista está orientada a obtener información a través de las siguientes preguntas:

- ¿Conoce al prestador?
- ¿Se ha atendido con el prestador durante el mes de...? (se adecua la fecha a cada caso)
- ¿Las atenciones recibidas las pagó a través de BAS?

Se logra contactar un total de 8 beneficiarios, los cuales desconocen la emisión de BAS para el prestador. Esto configura la irregularidad de "Cobro por prestaciones no realizadas", infracción indicada en el punto 30.1 letra 'b.4' de las Normas que rigen la Modalidad de Libre Elección, Resolución Exenta 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones.

7.- Que, en base a la información disponible, se fiscalizó el universo correspondiente a 367 beneficiarios con 513 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 513 prestaciones código 0101001, por un Monto Bruto total de \$ 6.366.330.- y un FAM asociado de \$ 3.313.980.-

8.- Que, mediante Resolución Exenta 3E N° 6657/2021 del 03/08/2021, se le solicitaron antecedentes de 367 beneficiarios.

9.- Que, considerando la información obtenida a través de entrevistas telefónicas a beneficiarios, se suspendió en forma transitoria su inscripción en el Rol de la Modalidad Libre Elección, según Resolución Exenta 3E N° 6658/2021 del 03/08/2021

10.- Que, la Resolución Exenta 3E N° 6657/2021 y la Resolución Exenta 3E N° 6658/2021 se envían mediante correo electrónico con fecha 03/08/2021, al e-mail inscrito en el convenio del prestador de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

11.- Que, Transcurrido el plazo otorgado, con fecha 09/08/2021 el prestador hace envío de antecedentes en formato digital, los cuales tienen las siguientes características:

- La documentación consta de 5 archivos en formato PDF. Cada uno contiene registros de varios pacientes. Esto implica que no exista un documento único por cada paciente que constituya en sí una ficha clínica.
- Cada paciente se identifica con el nombre la edad y el sexo. No se consigna RUT ni ningún otro antecedente de identificación.
- Cada registro de atención consta de: motivo de consulta, diagnóstico e indicaciones. Sin embargo, no se consigna anamnesis, registros pondoestaturales profesional tratante que otorga la prestación ni fecha de atención. Debido a esto, no se pueden correlacionar las prestaciones presentadas a cobro con la atención registrada en la documentación puesta a nuestra disposición.

Aun cuando se presentan antecedentes clínicos para la totalidad de los beneficiarios solicitados, estos no dan cumplimiento a las características establecidas por normativa vigente, tanto en la Res. Ex. 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones, la cual rige la Modalidad de Libre elección, como en el decreto MINSAL 41 del 2012.

12.- Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 3E N° 15299/2021 del 27/09/2021, en los siguientes términos:

CARGO 1

“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 las Normas Técnicas Administrativas que rigen la Modalidad de Libre Elección, Resolución Exenta 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones.

Los montos asociados a este cargo son los siguientes:

Irregularidad	BENEFICIARIOS	BAS	PRESTACIONES	MONTO BRUTO	FAM
SIN REGISTRO DE RESPALDO	359	505	505	\$ 6.267.050	\$ 3.262.300

Lo anterior considerando que toda la documentación clínica que se tiene a la vista, no representa un registro válido, dado que no da cumplimiento a las características indicadas en la normativa ya señalada, en los siguientes puntos:

- Punto 4 letra ‘b’, que señala: **“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. 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”.

- Punto 4, letra ‘c.2’ estos documentos se consideran como documento clínico a las **Fichas de Atención Abierta 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 éste documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas.**

-Punto 7.1.1 en relación con la definición de "**Consulta de Medicina General**", que indica "**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.**"

Asimismo, la documentación presentada tampoco da cumplimiento a lo establecido en el artículo 6 letra b) del Decreto 41 "Aprueba Reglamento sobre fichas clínicas", Ministerio de Salud, año 2012.

CARGO 2

"**Cobro de prestaciones no realizadas**", infracción indicada en el punto 30.1 letra 'b.4' de la normativa ya señalada.

Lo anterior, de acuerdo con la información recopilada con fecha 03 de agosto de 2021, a través de entrevistas realizadas a nuestros beneficiarios desde el Centro de Llamados del Depto. Contraloría MLE, quienes aducen emisión irregular de BAS que no han adquirido.

Los montos asociados a este cargo son los siguientes:

Irregularidad:	BENEFICIARIOS	BAS	PRESTACIONES	MONTO BRUTO	FAM
COBRO DE PRESTACIÓN NO REALIZADA	8	8	8	\$ 99.280	\$ 51.680

Cabe señalar que para estos beneficiarios se presentaron registros con las mismas características mencionadas en el Cargo 1.

Lo anterior, contraviene lo indicado en el Punto 6.2 letra b) de la Resolución Exenta 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones: "**El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas**".

13.- Que, el Oficio Ordinario de Cargos 3E N° 15299/2021, se envía mediante correo electrónico con fecha 27/09/2021, al e-mail inscrito en el convenio del prestador de acuerdo a lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.

14.- Que, con fecha 04/10/2021, el prestador hace envío de sus descargos a través de correo electrónico, los cuales consisten en una carta explicativa que resume lo siguiente:

- El objetivo de la entidad es otorgar prestaciones de calidad a personas de escasos recursos a través de operativos en terreno.
- Las fichas solicitadas comprenden prestaciones efectuadas dentro de un contexto de operativos médicos, los cuales se realizaron como apoyo a campañas políticas de diversos partidos.
- Una vez realizado el operativo, se le proponía a cada paciente atendido una nueva atención en la dirección matriz de la entidad, cobrando solo el BAS FONASA correspondiente.
- Indica que: "Se realizó una cobranza donde nunca se llevó a cabo ni siquiera un pago de lo cobrado por nuestra institución eme vital"
- El prestador aduce que cada ficha clínica fue entregada de acuerdo con los Rut solicitados, por lo que cada Rut coincide con cada paciente.
- En el operativo se le preguntaban los datos personales a cada paciente. Estos se corroboraban con los datos entregados por MEDIPASS con el fin de hacer efectivo el BAS electrónico.
- El prestador indica que "Todas nuestras fichas clínicas contienen la siguiente información: Nombre completo paciente, rut, sexo, edad, motivo de consulta, diagnostico e indicaciones, lo cual cumple a cabalidad lo impuesto por el sistema de salud, en donde lo principal es mantener un documento único, ordenado y completo con los datos del paciente, con su historial médico."

No se adjunta documentación clínica ni antecedentes adicionales.

15.- Que, del análisis de los descargos por cada cargo formulado, se desprende lo siguiente:

CARGO 1

"**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 las Normas Técnicas Administrativas que rigen la Modalidad de Libre Elección, Resolución Exenta 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones.

DESCARGO 1

Aun cuando el prestador explica a través de su carta que tiene los antecedentes de cada uno de los beneficiarios atendidos, no hace envío de la documentación solicitada ni cualquier otro documento que acredite lo que indica.

ANÁLISIS DESCARGO 1

Debido a que la información entregada por el prestador no es suficiente para desvirtuar el cargo formulado, y considerando que la documentación entregada originalmente no da cumplimiento a las características indicadas por la normativa vigente, el cargo se mantiene.

CARGO 2

“Cobro de prestaciones no realizadas”, infracción indicada en el punto 30.1 letra ‘b.4’ de la normativa ya señalada.

DESCARGO 2

En la carta presentada con fecha 04/10/2021, el prestador no hace referencia al cargo formulado

ANÁLISIS DESCARGO 2

Debido a que el prestador no envía antecedentes, el cargo se mantiene.

16.- Que, en sesión del 16/11/2021, la Comisión Nacional de Fiscalización y Reclamos MLE, 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, todas del Minsal, 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 g)

Cargo asociado a 505 prestaciones, por un Monto Bruto total de \$ 6.267.050.- y un Monto FAM asociado de \$ 3.262.300.

b) “Cobro de Prestaciones no realizadas”. Infracción señalada el Punto 30.1 letra b.4)

Cargo asociado a 8 prestaciones, por un Monto Bruto total de \$99.280.- y un Monto FAM asociado de \$ 51.680.-.

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso 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, sanción que esta autoridad comparte, motivo por el cual dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

1.- **APLÍCASE** al prestador CONSULTAS MÉDICAS JONATHAN BRAVO E.I.R.L., como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 3E N° 15299/2021 del 27/09/2021 de este servicio, la sanción de Cancelación de su inscripción en el rol de la MLE y el pago de una Multa de 208 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. Esta 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 [REDACTED], para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

3.- FONASA se exime del pago de los BAS emitidos, correspondiente a un monto FAM de \$3.313.980.-

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(a) Ministro(a) 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 / JLH / JML / BBD / BML / avd

DISTRIBUCIÓN:

D. JONATHAN BRAVO CANDIA

REPRESENTANTE LEGAL CONSULTAS MÉDICAS

DPTO. CONTRALORIA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

DIVISIÓN FISCALÍA

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

S7dvMqhH

Código de Verificación