



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



RESOLUCIÓN EXENTA 3E N° 12097 / 2021
MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR CONSULTA MÉDICA
MEDIADM SpA, [REDACTED]
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, CONSULTA MÉDICA MEDIADM SpA, [REDACTED] respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre febrero y mayo 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 01/02/2021.
- 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 febrero – mayo del 2021, el prestador presentó a cobro un total de 3562 prestaciones código 0101001, comprendidas en 3562 Bonos de Atención de Salud (BAS), emitidos a 2499 beneficiarios, por un Monto Bruto total de \$ 43.805.170.- y un Fondo de Ayuda Médica (FAM) asociado de \$22.802.910.-
 - La mayoría de las prestaciones presentadas a cobro ocurrió durante el mes de marzo de 2021, a las cuales se le asocia un Monto Bruto Total de \$19.419.520.- En los 2 meses siguientes, los montos brutos facturados tienden a la baja.
 - Con respecto a los grupos etarios, la mayor cantidad de BAS fueron emitidos para beneficiarios entre los 21 y los 55 años.
 - De acuerdo con las prestaciones efectuadas, existen fechas en las cuales se tienen 80 o más prestaciones en un día, lo que no se correlaciona con la capacidad técnica registrada en convenio. Esto, debido a que el prestador solo tiene un profesional médico cirujano registrado en su planta.
- 6.- Que, durante los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio, un total de 10 beneficiarios ingresan Solicitudes Ciudadanas Escalables (SCE), a través de las cuales todos denuncian emisión irregular de BAS, los cuales no han adquirido. Esta situación involucra un total de 14 BAS, que comprenden un total de 14 prestaciones, por un Monto Bruto total de \$ 171.740.- y un FAM asociado de \$ 89.400.-
- 7.- Que, con fecha 14/07/2021, se realizan entrevistas telefónicas desde el centro de llamados del Departamento Contraloría MLE, la cual tiene por objeto reunir información a través de las siguientes preguntas:
 - ¿Conoce el prestador?
 - ¿Se ha atendido con el prestador durante el mes de...? (se adecua la fecha de acuerdo a cada caso)

- ¿Las prestaciones recibidas las pagó a través de BAS?

Se logra contactar a 6 beneficiarios que indican que no conocen al prestador ni se han atendido con él

8.- Que, ambas situaciones descritas anteriormente (información obtenida a través de SCE y entrevistas telefónicas) configuran la irregularidad de “cobro de prestaciones no realizadas”, infracción indicada en el punto 30.1 letra ‘b.4’ 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 esta irregularidad son los siguientes:

Irregularidad:	BENEFICIARIOS	BAS	PRESTACIONES	MONTO BRUTO	FAM
Cobro por prestaciones no realizadas					
SCE	10	14	14	\$ 171.740	\$ 89.400
Entrevista a beneficiarios	6	7	7	\$ 85.620	\$ 44.570
Total	16	21	21	\$ 257.360	\$ 133.970

9.- Que, en base al análisis de la cobranza y a la información recopilada, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 333 beneficiarios con 846 BAS asociados, que comprenden 846 prestaciones código 0101001 “CONSULTA DE MEDICINA GENERAL”, por un Monto Bruto total de \$ 10.425.110.- y un FAM asociado de \$ 5.426.810.-

10.- Que, mediante Resolución Exenta 3E N° 6147/2021 del 15/07/2021, se le solicitaron antecedentes de 333 beneficiarios.

11.- Que, basado en las irregularidades detectadas a través de las respectivas SCE y entrevistas a beneficiarios, se suspendió en forma transitoria su inscripción en el Rol de la Modalidad Libre Elección, según Resolución Exenta 3E N° 6148/2021 del 15/07/2021.

12.- Que, la Resolución Exenta 3E N° 6147/2021 y la Resolución Exenta 3E N° 6148/2021, se envían mediante correo electrónico con fecha 15/07/2021, 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, que señala “medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado, a propósito del brote de Covid-19”.

13.- Que, transcurridos 5 días hábiles de la notificación de la Resolución Exenta 3E N° 6147/2021, con fecha 22/07/2021 el prestador envía documentación en formato digital, los cuales consisten en:

- Un archivo que consta de antecedentes clínicos de varios pacientes.
- Formularios N° 4 y N° 5 que acredita actualización de dirección de atención y planta profesional de la entidad.
- 4 facturas electrónicas, por un monto total de \$ 21.008.210.- (no se entrega mayor información acerca de a qué corresponden estos montos).
- Un documento denominado “Planilla de atención”, el cual contiene 10 nombres, fechas y RUT, sin más antecedentes.

La documentación clínica enviada tiene las siguientes características:

- De las 333 fichas clínicas solicitadas, el prestador hace entrega antecedentes de 97, en las cuales se identifica a cada paciente solo con nombre y edad. No se consigna ningún otro antecedente de identificación.
- No se registran fechas de atención, por lo que no se puede correlacionar lo registrado en dicha documentación con los BAS presentados a cobro.
- No se consignan profesionales tratantes, por lo que el formulario de actualización de planta profesional no resulta significativo para la revisión de los antecedentes.

Esta situación implica que no se de cumplimiento a la siguiente normativa Vigente:

- Resolución Exenta 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones, en su punto 4 “**REGISTROS DE RESPALDO DE PRESTACIONES**”, letra ‘b’, que indica: “**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.”

Asimismo, en el punto, 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.

Por otra parte, el Decreto 41 del 2012 del Ministerio de Salud, el cual aprueba el reglamento sobre fichas clínicas, en su artículo 6°, se indica que:

Toda ficha clínica deberá contener los siguientes antecedentes, a lo menos:

a) Identificación actualizada del paciente: nombre completo, número y tipo de documento de identificación: cédula de identidad, pasaporte, u otro; sexo, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos de contacto y/o correo electrónico, ocupación, representante legal o apoderado para fines de su atención de salud y sistema de salud al que pertenece.

b) Número identificador de la ficha, fecha de su creación, nombre o denominación completa del prestador respectivo, indicando cédula de identificación nacional o rol único tributario, según corresponda.

c) Registro cronológico y fechado de todas la atenciones de salud recibidas: consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos quirúrgicos u operatorios, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica.

Si se agregan documentos, en forma escrita o electrónica, cada uno de ellos deberá llevar el número de la ficha.

d) Decisiones adoptadas por el paciente o respecto de su atención, tales como consentimientos informados, rechazos de tratamientos, solicitud de alta voluntaria, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales, en su caso.

La documentación clínica presentada no da cumplimiento a lo establecido en la normativa antes mencionada, por lo que no representan registros válidos desde el punto de vista de la fiscalización.

14.- Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 3E N° 1477/2021 del 14/09/2021, en los siguientes términos:

CARGO 1

“No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”, infracción indicada en el punto 30.1 letra ‘g’ de las Normas Técnicas Administrativas que rigen la Modalidad de Libre Elección, resolución 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones.

Los montos asociados a este cargo, de acuerdo a la irregularidad detectada, son los siguientes:

Irregularidad:	BENEFICIARIOS	BAS	PRESTACIONES	MONTO BRUTO	FAM
SIN REGISTRO					
Sin Ficha Clínica	230	578	578	\$ 7.124.480	\$ 3.708.660
Sin registro válido de respaldo	87	247	247	\$ 3.043.270	\$ 1.584.180
Total Sin registro	317	825	825	\$ 10.167.750	\$ 5.292.840

Considerando la documentación clínica que se tiene a la vista, esta no representan un registro válido al no dar 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', refiriéndose a **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 4, letra 'c.3', en el cual se 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. Encaso de no disponerse de este documento, las prestaciones se entenderán por no efectuadas, salvo que el prestador acredite fehacientemente que las prestaciones fueron realizadas”.**

- Punto 4, letra 'e', el cual señala en su tercer párrafo: **“Los profesionales o directores de las entidades asistenciales, estarán obligados a enviar la documentación antes mencionada y que sea requerida por el Fondo para su revisión, en un plazo no superior a cinco días hábiles contados de la fecha de solicitud. Para todos los efectos legales, los antecedentes clínicos tendrán el carácter de reservados”.**

- Punto 7.1.1 en relación con la definición de **"Consulta médica electiva", 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.”**

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 a la información recopilada a través de denuncias y entrevistas a nuestros beneficiarios, quienes indican emisión irregular de BAS, lo cuales no han sido adquirido por ellos.

Los montos asociados a este cargo, de acuerdo a la irregularidad detectada, son los siguientes:

Irregularidad:	BENEFICIARIOS	BAS	PRESTACIONES	MONTO BRUTO	FAM
COBRO DE PRESTACIÓN NO REALIZADA (DENUNCIAS)	10	14	14	\$ 171.740	\$ 89.400
ENTREVISTA A BENEFICIARIOS	6	7	7	\$ 85.620	\$ 44.570
TOTAL	16	21	21	\$ 257.360	\$ 133.970

15.- Que, el Oficio Ordinario de Cargos 3E N° 14771/2021 del 14/09/2021, se envía mediante correo electrónico con fecha 14/09/2021, 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, 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 21/09/2021, el prestador presenta documentación en formato digital relativa a sus descargos, los cuales consisten una carta explicativa y antecedentes clínicos con las mismas características de las enviadas originalmente.

La carta explicativa consigna, en resumen, los siguientes puntos:

- La entidad tiene como misión ofrecer atenciones dignas y de calidad a la población vulnerable de distintas comunas como Maipú, Lo Espejo, la Florida, Puente Alto, etc., a través de la modalidad de Operativos Médicos.
- Dentro del contexto de las prestaciones fiscalizadas, estas se realizaron en operativos médicos a través de operadores políticos para campañas políticas de alcaldes y concejales de distintas comunas.
- Debido a esto, el prestador indica que no es factible solicitar documentos de identificación a los pacientes, por motivos de la mantención de la “privacidad” de ellos. Sin embargo, posterior al operativo, se gestionaban nuevas atenciones en el lugar de atención principal, ubicado en la comuna de Maipú, atención que era pagada a través de los BAS respectivos.
- Además, el prestador indica que las fichas clínicas contienen “Nombre completo paciente, Rut, sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico e indicaciones”.
- Por último, también explica los motivos por los cuales hizo envío de las facturas entregadas por el sistema MEDIPASS.

Con respecto a la documentación clínica, esta corresponde a antecedentes de 18 beneficiarios, las cuales contienen, en su conjunto, un total de 25 de los 26 registros de consultas médicas que debiesen contener. Aun cuando en ellas se consigna el RUT del beneficiario, no se consigna el profesional tratante.

Aun cuando el prestador indica que los registros están completos y dan cumplimiento con la normativa, las fichas clínicas presentadas en los descargos no tienen consignado el profesional tratante ni las fechas de atención. Para las demás fichas clínicas, el prestador no envía información.

Asimismo, el prestador indica que los operativos médicos se llevaron a cabo dentro de un contexto de campañas políticas y que las prestaciones otorgadas fueron pagadas a través de FONASA. Sin embargo, da a entender que estos pacientes fueron “captados” en dichos operativos, y la falta de antecedentes no permite correlacionar la cobranza ni establecer cuándo fueron realizadas y pagadas las prestaciones.

Por último, cabe señalar que el prestador no entrega más información relativa a los cargos formulados.

17.- 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 indicada en el punto 30.1 letra ‘g’ de las Normas Técnicas Administrativas que rigen la Modalidad de Libre Elección, resolución 277 del 06/05/2011 y sus modificaciones.

DESCARGO 1

De la documentación clínica de 317 beneficiarios, las cuales contienen 825 prestaciones comprendidas bajo este cargo, el prestador hace envío de documentación clínica de 3 beneficiarios, la cual comprende un total de 6 prestaciones. No se presenta información adicional acerca de la documentación clínica que no representa un registro válido.

ANÁLISIS DESCARGO 1

La documentación clínica presentada por el prestador a modo de descargos no da cumplimiento en forma completa a las características mínimas exigidas por normativa, dado que los registros no cuentan con fecha de atención ni profesional tratante.

Por lo anteriormente planteado, 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

De las 21 prestaciones contenidas bajo este cargo, el prestador presenta documentación clínica que comprende 20 prestaciones.

ANÁLISIS DESCARGO 2

La documentación clínica presentada por el prestador a modo de descargos no da cumplimiento en forma completa a las características mínimas exigidas por normativa, dado que los registros no cuentan con fecha de atención ni profesional tratante.

Por otra parte, para una prestación no se presenta documentación ni registro de respaldo. Tampoco se entrega información relativa a las declaraciones de los beneficiarios quienes aducen emisión de BAS en forma irregular.

Por lo anteriormente planteado, el cargo se mantiene.

18.- 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).

Esta infracción se asocia a 825 prestaciones por un Monto Bruto total de \$ 10.167.750 y un FAM asociado de \$

5.292.840.-

b) "**Cobro de Prestaciones no realizadas**". Infracción señalada el Punto 30.1 letra b.4). Esta infracción se asocia a 21 prestaciones por un Monto Bruto total de \$ 257.360.- y un FAM asociado de \$ 133.970.-

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 lo siguiente

RESOLUCIÓN:

1.- **APLÍCASE** al prestador CONSULTA MÉDICA MEDIADM SpA, [REDACTED] como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 3E N° 14771/2021 del 14/09/2021 de este servicio, la sanción de Cancelación de su inscripción en el rol de la MLE y el pago de una Multa de 340 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.- **REINTÉGRESE** por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, que equivalen a \$ 5.426.810.-.

Dicho reintegro, deberá efectuarse dentro de un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución, mediante transferencia electrónica a nombre de FONASA, [REDACTED].

El comprobante de la transferencia deberá enviarse al correo electrónico [REDACTED].

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

3.- **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 [REDACTED] para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

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

MMG / LBR / IBPI / JLH / JML / BBD / BML / avd

DISTRIBUCIÓN:

D. DIÓGENES FERNÁNDEZ AGUILERA
REPRESENTANTE LEGAL CONSULTA MÉDICA MEDIADM SPA

[REDACTED]
DPTO. CONTRALORÍA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN
DIVISIÓN GESTIÓN FINANCIERA
DIVISIÓN FISCALÍA

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

W7zMg8ZS

Código de Verificación

