



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



RESOLUCIÓN EXENTA 5T N° 9199 / 2023

MAT.: DZS_ Aplica sanción a prestador D. Jorge Guillermo Aburto Riffo, RUN:

TEMUCO , 01/08/2023

VISTOS: Lo establecido en los Libros I y II del D.F.L. N° 1, de 2005, el Decreto N° 369 de 1985, ambos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta N° 277 de 2011 y sus modificaciones, la Resolución Exenta 2G/N° 871 de 2017, la Resolución Exenta N° 7 de 2021, la Resolución Exenta 1G/N° 65 de 25 de abril de 2023, la Resolución Exenta N°1820 del 2020, todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución N° 07 de 2019, el Dictamen N° 3610 de 2020, ambos de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2023 el Departamento de Fiscalización y Contraloría de Prestaciones de la Dirección Zonal Sur (DZS) del Fonasa, realizó una fiscalización a las cobranzas al prestador, **D. Jorge Guillermo Aburto Riffo**, RUN: respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre septiembre de 2022 a marzo de 2023.
2. Que, la Fiscalización corresponde a un proceso orientado a comprobar el correcto uso del Seguro Público en materia de financiamiento de las prestaciones de salud en el ámbito de la Modalidad Libre Elección (MLE);
3. Que, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de Persona natural de profesión kinesiólogo; con fecha de activación del convenio del 3 de febrero de 2021
4. Que, el prestador no presenta fiscalizaciones anteriores;
5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
 - Peak de cobranza en el mes de octubre de 2022, asociado a un monto total de emisión de \$2.173.320 pesos y un FAM de \$678.240 pesos
 - Una tendencia a la baja en su cobranza, con un porcentaje de proximidad al tope FAM teórico promedio de un 57,6%, en el periodo septiembre 2022 a marzo de 2023.
 - la existencia de la venta del código 0601101 en todos los BAS, asociados al prestador
 - Un 80% de los BAS en estado emitido pagado, asociado a la prestación atención kinésica integral domiciliaria, en contexto de que el prestador presenta un lugar de atención y 35% de estos BAS se asocian a beneficiarios con residencia fuera de la comuna de atención y residencia del prestador
 - La vía de emisión de BAS corresponde a sucursal
6. Que, en base al análisis de la cobranza se seleccionó una muestra a fiscalizar de 54 beneficiarios con 75 bonos de atención de salud (BAS) asociados, que comprenden 900 Prestaciones, grupo 06, subgrupo 01, por un monto total de \$9.304.500;
7. Que, mediante Oficio Ordinario 5T N°5968/2023 del 19 de abril de 2023 se le solicitaron antecedentes de los 54 beneficiarios.
8. Que el Oficio Ordinario 5T N°5968/2023 se notifica de forma presencial por el fiscalizador responsable del procedimiento, en visita inspectiva a su lugar de atención, ubicado en Covadonga N°40, Angol, con fecha 20 de abril de 2023.
9. Que, durante visita inspectiva a su lugar de atención se establecen los siguientes hallazgos:
 - Al momento de la revisión de las fichas clínicas, el prestador indica que en algunos casos comenzaba los tratamientos en domicilio y posteriormente citaba a los beneficiarios a su consulta, sin poder cuantificar efectivamente las prestaciones otorgadas en domicilio y en consulta
 - Respecto a la documentación presentada, del total de 54 fichas clínicas solicitadas, se presentan durante la visita en terreno un total de 42. Respecto a lo anterior el prestador indica que posee las fichas restantes en su domicilio. En relación con las órdenes médicas, se presentan 37 órdenes, que respaldan 37 BAS, existiendo 38 BAS sin respaldo de la derivación médica correspondiente. Adicionalmente existen 4 BAS que cuentan con la orden médica de respaldo, sin embargo, no cuentan con los registros que respaldan las prestaciones otorgadas.
 - Del total de las 900 prestaciones incluidas en los 75 BAS presentados a cobro, por el prestador, 662 presentan respaldo en las fichas clínicas presentadas. Respecto a las prestaciones sin respaldo (n=238), 197 corresponden a atenciones kinesiológicas integrales (ambulatorias y domiciliarias) y 41 corresponden a evaluaciones kinesiológicas integrales.
 - Que, con fecha 25 de abril de 2023, el prestador adjunta nuevos antecedentes y respaldo de atenciones realizadas a beneficiarios, los cuales, en conjunto con lo proporcionado el día de la visita inspectiva entrega los siguientes hallazgos:
 - Se reciben 53 de las 54 fichas clínicas solicitadas, así como también 48 de las 75 órdenes médicas asociadas a los 75 BAS que contienen las 900 prestaciones a fiscalizar
 - La ficha clínica no presentada, se asocia a 1 BAS, el cual incluye 10 prestaciones código 0601105 y 2 prestaciones 0601101.

- Las fichas clínicas presentadas dan cuenta de la realización de 842 prestaciones, de las cuales 139 se asocian a la cobranza de la prestación 0601101, 130 a la prestación 0601105 y 573 a la prestación 0601106
 - Respecto al código 0601101, existe presentación a cobranza de 9 prestaciones las cuales no tienen respaldo en las fichas clínicas presentadas debido a que los beneficiarios abandonaron su tratamiento, 2 prestaciones que no tienen respaldo, ya que no se presenta la ficha clínica correspondiente, 28 prestaciones asociadas a continuidad de atención por lo que no corresponde su presentación a cobro y 35 prestaciones presentadas a cobro, para las cuales no se presenta la orden médica de respaldo. Las 76 prestaciones restantes son validadas
 - Con relación al código 0601105, existen 10 prestaciones presentadas a cobro, de las cuales no existe registro en ficha clínica, debido a que los beneficiarios abandonaron su tratamiento, 10 prestaciones las cuales no tienen respaldo, debido a que no se presenta la ficha clínica correspondiente y 26 prestaciones presentadas a cobro, para las cuales no se presenta la orden médica de respaldo. Las 104 prestaciones restantes son validadas.
 - Respecto al código 0601106 el cual concentra el mayor porcentaje de las prestaciones presentadas a cobro, existen 27 prestaciones para las cuales no existe respaldo en ficha clínica, debido a que los beneficiarios abandonaron su tratamiento. Con respecto a las 573 prestaciones restantes, si bien existe respaldo en ficha clínica, de las atenciones, no existe ningún indicio de que las prestaciones hayan sido realizadas en domicilio. Junto a lo anterior el prestador declara que solo algunas prestaciones habrían sido realizadas en domicilio, siendo el resto realizadas en consulta, sin embargo, no puede distinguir cuales serían las atenciones brindadas en domicilio. Por lo anterior se objetan las prestaciones presentadas a cobro.
 - Respecto a las órdenes médicas presentadas, éstas respaldan 48 de los 75 BAS presentados a cobros por el prestador, lo que equivale a un 64,0% de las prestaciones otorgadas. Respecto a este punto, el prestador señala durante la visita en terreno que en algunas ocasiones se les devolvía a los beneficiarios la orden médica para la realización de reembolsos por seguros complementarios.
10. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos mediante Oficio Ordinario 5T N° 8879/2023 del 31 de mayo de 2023 en los siguientes términos:
- Cargo N° 1 “Homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas”. Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.2) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones. Lo que involucra la emisión y cobro de 573 prestaciones con código: 0601106, contenidas en 60 BAS, emitidos a 43 beneficiarios por un monto bruto de \$7.030.710- y un FAM de \$2.194.590-.
 - 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 Ministerio de Salud y sus modificaciones.
 - Lo que involucra la emisión y cobro de 58 prestaciones con códigos, 0601101, 0601105 y 0601106, contenidas en 10 BAS, emitidos a 10 beneficiarios por un monto bruto de \$561.760- y un FAM de \$175.300-. Lo anterior, al no presentar los registros de respaldo solicitados mediante Oficio Ordinario 5T N° N°5968/2023, correspondientes las fichas clínicas, orden y/o prescripción del profesional tratante, por lo cual, no es posible acreditar la realización de las 58 prestaciones que usted presentó a cobro al Fondo Nacional de Salud. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 4 letra c.3) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, “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 “Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad Libre Elección; y regula la aplicación de su Arancel, incluyendo en ellas las Resoluciones dictadas por el Ministerio de Salud y publicadas en el Diario Oficial, además de las instrucciones que dicte el Fondo Nacional de Salud” Infracción señalada en el punto 30.1 letra a) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones. Lo que involucra la emisión y cobro de 89 prestaciones con códigos 0601101 y 0601105, contenidos en 33 BAS emitidos a 24 beneficiarios por un monto bruto de \$453.990- y un FAM de 141.670-. Lo anterior al vulnerarse lo establecido en los puntos 12.1.1 letra a), que establece que la continuación de tratamiento no podrá incluir cobro de nuevas evaluaciones y 12.1.2 letra a) al no disponer de las órdenes médicas de respaldo, en las fichas clínicas presentadas.
11. Que, con fecha 01 de junio de 2023, se informa al prestador los cargos observados en fiscalización, según Oficio Ordinario 5T N°8879/2023 del 31 de mayo de 2023, el cual se envía a la dirección Covadonga N°40, Angol, a través de carta certificada, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile corresponde a 1004195904463.
12. Que, con fecha 02 de junio de 2023 el prestador presenta documentación a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario en el cual señala en resumen lo siguiente:
- Reconocimiento de haber cometido errores, algunas veces, buscando fluidez en el tratamiento de los beneficiarios y en otras ocasiones por desconocimiento de la normativa asociada a la MLE.
13. Que, del análisis de los descargos se desprende lo siguiente:
- Respecto al cargo N°1, el prestador indica que brindaba una atención híbrida a los beneficiarios (atención en domicilio y en su lugar de atención), sin embargo, al revisar las fichas clínicas o los descargos no se observa ningún antecedente que permita sustentar esta afirmación, asimismo, tampoco se presenta testimonio alguno de los beneficiarios, respaldando lo indicado. Adicionalmente, al momento de la fiscalización en terreno el prestador indica que efectivamente las atenciones fueron realizadas en su consulta, sin poder precisar que beneficiarios o que atenciones se realizaron a través de una atención domiciliaria. Junto a lo anterior la normativa establece en el punto 4 letra c) que los profesionales deberán registrar en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico y conservando las diferencias generales según el tipo de atención que se trate, según las consideraciones de los puntos c.1 y c.2, por lo que se debe plasmar en ficha clínica el lugar de atención del beneficiario. **Por lo señalado anterior no existen antecedentes que permitan desvirtuar el cargo, manteniéndose a firme.**
 - Respecto al cargo N°2, el prestador reconoce no disponer de la ficha clínica, con el registro de las prestaciones otorgadas a beneficiario iniciales NCU, sin poder acreditar las atenciones realizadas, adicionalmente refiere desconocimiento de la normativa, respecto al punto 6.2 letra b) donde se indica que el cobro de prestaciones de salud procede únicamente cuando estas hayan sido efectuadas. **Por lo señalado anterior no existen antecedentes que permitan desvirtuar el cargo, manteniéndose a firme.**

- Con relación al cargo N°3, respecto a la falta de órdenes médicas, se indica que los beneficiarios las solicitaban para realizar cobro de seguros complementarios, pero que todos los bonos fueron comprados en sucursales, por lo que no eran vendidos sin la existencia de una orden médica de respaldo. Esta información es respaldada vía telefónica por la Sucursal Fonasa de Angol. En relación con el cobro de nuevas evaluaciones kinésicas a los beneficiarios que continuaban su tratamiento, se indica un desconocimiento de la normativa vigente de la MLE. **En virtud del análisis de los descargos presentados por el prestador, se desvirtúa parcialmente el cargo, manteniéndose 28 prestaciones objetadas.**
 -
14. Que, en sesión del 13 de julio de 2023, la comisión de sanción zonal de la Dirección Zonal Sur del Fonasa, 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; 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:
- "Homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.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)
 - "Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad Libre Elección; y regula 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)

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	Homologación de prestaciones	573	\$7.030.710	\$2.194.590	\$4.836.120
2	Falta de registro	58	\$561.760	\$175.300	\$386.460
3	Incumplimiento de normas legales, reglamentarias y arancelarias	28	\$88.760	\$27.720	\$61.040
TOTAL		659	\$7.681.230	\$2.397.610	\$5.283.620

Que, considerando que las prestaciones objetadas del cargo N°1 fueron efectuadas y poseen respaldo en fichas clínicas presentadas por el prestador, se decide proponer multa y reintegro de FAM del cargo, asociado a la diferencia de valor de las prestaciones homologadas (0601106) sobre el valor de la prestación real otorgada (0601105), lo que correspondería a un monto total infraccionado en el cargo N°1 de \$1.426.770 pesos y un reintegro de FAM de \$446.940 pesos.

Por lo anterior la tabla de transgresiones queda de la siguiente forma:

TRANSGRESIÓN	CANTIDAD DE PRESTACIONES	MONTO TOTAL (Multa)	FAM (Reintegro)
CARGO N°1	573	\$1.426.770	\$446.940
CARGO N°2	58	\$561.760	\$175.300
CARGO N°3	28	\$88.760	\$27.720
TOTAL	659	\$2.077.290	\$649.960

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación del convenio MLE que mantiene el prestador con el Fonasa y aplicar una multa proporcional a la infracción constatada, sanción que esta autoridad comparte. Asimismo, la Comisión propuso ordenar el reintegro del valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM) de las prestaciones objetadas; medida administrativa que esta autoridad igualmente comparte, motivo por el cual dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

1. **APLÍCASE** al prestador **D. Jorge Guillermo Aburto Riffo, RUN:** como consecuencia de los cargos formulados mediante Oficio Ordinario de cargos 5T N°8879/2023 del 31 de mayo de 2023 de este servicio, la sanción de amonestación de convenio MLE y el pago de una multa de 57 UF, medida contemplada en el inciso 8° del Art. 143 del D.F.L. N° 1 de 2005 que regula la Modalidad Libre Elección.
2. **REINTÉGRESE** por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM) de las prestaciones objetadas que equivalen a \$ 649.960 pesos. 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, reintegro_fam@fonasa.cl, contraloriamle@fonasa.cl y contraloriadz@fonasa.cl 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 contraloriamle@fonasa.cl, c/c a contraloriadz@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.
4. **NOTIFÍQUESE** esta Resolución al prestador, por carta certificada a la dirección inscrita en su convenio, correspondiente a Covadonga N°40, Angol.

5. **TÉNGASE PRESENTE** que de conformidad a lo dispuesto en el artículo 59 de la Ley 19.880, sobre Procedimientos Administrativos, dispone Ud. de 5 días hábiles para recurrir de Reposición ante esta autoridad, adjuntando los antecedentes que estime pertinentes. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo oficinadepartesdzs@fonasa.gov.cl, c/c contraloriadz@fonasa.cl y snunez@fonasa.cl. Transcurrido este plazo la presente Resolución se considerará a firme.

Anótese, comuníquese y archívese,

"Por orden del Director"



**JAVIER CASTRO PEDRERO
DIRECTOR(A) ZONAL SUBROGANTE
FONDO NACIONAL DE SALUD**

JCP / CPR / DMQ / NCJ / snu

DISTRIBUCIÓN:

PRESTADOR D. JORGE GUILLERMO ABURTO RIFFO

RUN:

CORREO:

DEPARTAMENTO DE FISCALIZACION Y CONTRALORÍA DE PRESTACIONES DZS

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN COMERCIAL DZS

ASESOR JURÍDICO DZS

OFICINA DE PARTES DZS

EXPEDIENTE

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

K1aX2u7u

Código de Verificación