



**FONASA CENTRO NORTE
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
DPTO. DE FISCALIZACIÓN Y CONTRALORÍA DE
PRESTACIONES**

RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 11393 / 2024

**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. CARLOS JAVIER
ARAYA OLGUÍN RUT [REDACTED]
VALPARAÍSO , 09/10/2024**

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/N°1767 del 25 de febrero de 2021, la Resolución Exenta RA 139/403/2023, la Resolución Exenta 3.1H/N°55/2024, la Resolución Exenta N°07 del 02 de marzo 2021 y sus modificaciones posteriores, la Resolución Exenta 277/2011 y sus modificaciones posteriores todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución N°7 del 2019 de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2024 el Departamento de Fiscalización y Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador, **D. CARLOS JAVIER ARAYA OLGUÍN RUT [REDACTED]**, respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre diciembre 2023 a junio 2024, teniendo como origen monitoreo de cobranzas.
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, desde el 29/09/2019.
4. Que, el prestador fue sancionado mediante Resolución Exenta 5R/N°3652/2022 de fecha 07/04/2022, producto de fiscalización efectuada cuyos hallazgos fueron los siguientes: falta de registros, prestaciones no realizadas y falta de actualización de convenio.
5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
 - Un aumento de la cobranza de 105% el 2021 sobre el 2020
 - Un decremento del 1% el 2022 respecto del 2021
 - Un decremento del 7% el 2023 en comparación al 2022
6. Que, en base al análisis de la cobranza, se fiscalizó un universo correspondiente a 92 beneficiarios con 124 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 1.396 prestaciones, del grupo 06 códigos 0601101 y 0601105, por un monto total de \$1.406.790.
7. Que, se realiza entrevista telefónica, desde el Departamento de Fiscalización y Contraloría con fecha 24/07/2024, estableciendo contacto con 2 beneficiarios, los que señalaron lo siguiente:

Ambos indicaron conocer al prestador y señalaron que atiende en el Centro Médico El Roble en La Calera, uno corta la llamada y el otro beneficiario indicó que compra los BAS en la sucursal de La Calera y el prestador nunca le cobro de manera particular y las atenciones las realizaba solo él.

8. Que, mediante Oficio Ordinario 5R/N°16322 de fecha 24/07/2024, se le solicitaron antecedentes de 92 beneficiarios la que se envía mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador.

9. Que, se realizó visita inspectiva efectuada con fecha 30/07/2024, al lugar de atención informado por el prestador, ubicado en Almirante Latorre N°53, La Calera, constando en el acta levantada al efecto, los siguientes hallazgos:

- Se revisó el 100% de los antecedentes clínicos solicitados y sus respectivas prescripciones médicas.
- Se recepciona mediante pendrive de la fiscalizadora los informes que corresponden a evaluación final.
- Debido a la forma de registro diario no se detalla el total de prestaciones objetadas hasta la revisión total.
- Por lo anterior, se revisará ex post la cantidad de prestaciones con falta.
- Un beneficiario tiene prestaciones pendientes, por ende, realizó el cobro antes del término del tratamiento.
- El tipo y cuantía de las faltas administrativas que pudieran constatarse se verificarán una vez realizado el cruce con los sistemas informáticos de FONASA y la información recolectada en este acto.

Del análisis ex post de los antecedentes, se establecen los siguientes hallazgos:

- Falta de 54 registros de prestaciones 0601101 y 0601105, desglosado en 30 registros de prestaciones 0601105 que indicaban solo las fechas de atención y no el detalle de la intervención realizada, 10 prestaciones 0601105 y 14 prestaciones 0601101 cuyos registros no fueron encontrados en los antecedentes tenidos a la vista.
- 8 prestaciones no realizadas, que se mantienen a la fecha aún en tratamiento según refiere el mismo prestador durante la fiscalización y que por ende fueron cobradas a dos beneficiarios antes del término de las atenciones kinésicas integrales ambulatorias.

10. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 5R/N°18231 del 13/08/2024, en los siguientes términos:

Cargo N°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) y 12.1.2 letra a) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 54 prestaciones con códigos: 0601101 y 0601105, contenidas en 17 BAS, emitidas en 17 beneficiarios por un monto bruto de \$476.150 y un FAM de \$145.940, sin registros de respaldo de atención, desglosado en 14 prestaciones 0601101 y 10 prestaciones 0601105 no encontrados, 30 de ellos no validados por registrar solo la fecha.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 4 letra a) y b) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud: "a) *Se entenderán, como tal, los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de libre elección*". b) segundo párrafo: "*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, lo descrito en el punto 12.1.2 letra a) que señala: "*Para el cobro de las prestaciones del grupo 06 subgrupo 01, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas*".

Cargo N°2: "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:

De prestaciones no realizadas". Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.4) y el 6.2 letra b) de la Res. Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 8 prestaciones contenidas en 2 BAS y correspondientes a 2 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$86.000 y un FAM de \$26.880, para las cuales se constató contra registro faltante y la declaración del prestador indicó que a la fecha de la fiscalización se encontraban aún en tratamiento por no presentación a citaciones anteriores.

Lo que contraviene la Norma en el punto 6.2 letra b) que indica: "*El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas*".

11. Que, el Oficio Ordinario de Cargos 5R/N°18231/2024, se envía a la dirección de correo electrónico a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador y confirma la notificación con fecha 13/08/2024.

12. Que, con fecha 21/08/2024, el prestador presenta documentación de descargos a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

12.a Respecto de la falta de registros, envía 11 archivos para respaldar los informes finales no presentados en la fiscalización por la diferencia en la fecha de término y un respaldo de ficha clínica de D. Fernando Navia Ponce, e indica que: *"Con respecto a este punto, como lo converse el día de la fiscalización, el único motivo por el cual cobre el bono fue porque en el sistema de trabajo que me implementa el centro médico, y como se detalló en la fiscalización, me solicitan la cobranza de bonos transcurridos a la fecha de pago del mes siguiente, por ejemplo si un usuario ingresa 5 de agosto con su bono, este se cobra el 5 de septiembre"*.

12.b En cuanto a las prestaciones no realizadas señala: *"Con respecto al usuario en cuestión, efectivamente este reagendo sus sesiones de forma repetitiva por temas laborales y médicos, lo cual el desarrollo de sus sesiones se fue programando cobrando su bono aun en el desarrollo de su tratamiento; me interesa aclarar ese aspecto ya que éticamente no me considero dentro del término "cobro indebido de órdenes de atención", entiendo la normativa claro, pero no actúe en mala fe ni de forma interesada, siendo algo circunstancial a causa de los motivos personales del usuario atendido"*.

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

13.a El análisis de las fichas clínicas presentadas, respaldan 20 registros de 54 registros faltantes. Por lo que, se acepta parcialmente el descargo que será recalculado en función de las 34 prestaciones que un se mantienen en él.

El detalle de las prestaciones no validadas y BAS asociados que forma parte integrante de la presente resolución:

Código prestación	BAS	Prestaciones
Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria	416188844	1
	414082608	1
	415965730	1
	418533690	1
Evaluación Kinesiológica Integral	415702125	10
	416188844	5
	415965730	5
	418502422	10
Total de Prestaciones		34

13.b El prestador reconoció el error en el cobro antes del término del tratamiento asegurando que no actuó de mala fe, sin embargo, la normativa es clara en su punto 6.2 letra b) cuando estipula que el cobro solo debe realizarse una vez realizadas las atenciones. Por lo anterior, no se aceptan los descargos y permanece el cargo tal y como fuera formulado.

14. Que, en sesión del 29/08/2024, la Comisión de Sanción Zonal, 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)

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

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	Falta de registros	34	328.650	102.640	226.010

2	Prestación no realizada	8	86.000	26.880	59.120
TOTAL		42	414.650	129.520	285.130

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación y aplicar una multa proporcional a la infracción constatada, la que resulta del monto total infraccionado, sanción que esta autoridad comparte. Asimismo, la Comisión propuso ordenar el reintegro del valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM) de las prestaciones no realizadas; medida administrativa que esta autoridad igualmente comparte, motivo por el cual dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

I. APLICÁSE al prestador D. CARLOS JAVIER ARAYA OLGUÍN RUT [REDACTED], como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R/N° 18231/2024 del 13/08/2024 de este servicio, la sanción de Amonestación y el pago de una Multa de 11 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.

II. REINTÉGRESE por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, que equivalen a \$26.880.

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, reintegros_fam@fonasa.cl y naraya@fonasa.cl.

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

III. 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 30 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta Resolución, debiendo enviar copia del pago realizado al Departamento de Fiscalización y Contraloría de Prestaciones de la Dirección Zonal Centro Norte, a través del correo electrónico naraya@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

IV. NOTIFÍQUESE esta Resolución al prestador, por carta certificada a la dirección inscrita en su convenio.

V. Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho del afectado, de presentar un recurso de reposición ante la autoridad que aplica la sanción, en un plazo de 5 días hábiles desde la notificación de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo rrodriguez@fonasa.cl, con copia a naraya@fonasa.cl.

VI. La presente resolución tendrá mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentre a firme.

Anótese, comuníquese y archívese,

"Por orden del Director"



**DANIELA ELENA AMPUERO AZUA
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

DISTRIBUCIÓN:

CARLOS JAVIER ARAYA OLGUÍN RUT [REDACTED]

OFICINA DE PARTES (AFECTA AL ART. 7º LETRA G) LEY Nº 20.285/2008)

DPTO. MONITOREO

DPTO. DE FISCALIZACION Y CONTRALORÍA DE PRESTACIONES

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

36b0bH0w

Código de Verificación

