



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

RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 11406 / 2024

**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. JULIO NELSON
ADAROS MORAGA, 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 2023 el Departamento de Fiscalización y Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador, **D. JULIO NELSON ADAROS MORAGA, RUT [REDACTED]** respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre enero y noviembre 2023, teniendo como origen la denuncia interna por realización de atención telemática y cobro de doble BAS.
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 médico cirujano.
4. Que, el prestador no presenta procesos anteriores.
5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
 - Alza de 17% en cobros brutos durante el año 2020, seguido de disminución de 15% durante el 2021, y de 57% en el año 2022.
 - Al 05 de noviembre de 2023 se observa que revierte esta tendencia, presentando cobros que superan en un 24% el total cobrado en 2022.
 - El 35% de las prestaciones se han emitido través de bono web, mientras que un 50% se emitió en Sucursal, de estas últimas, el 90% se ha emitido en Sucursal FONASA Ovalle.
6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 143 beneficiarios con 421 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 421 prestaciones, del grupo 01, códigos 0101001, por un monto total de \$5.710.360.
7. Que, mediante Oficio Ordinario 5R N°20949/2023 de fecha 24-11-2023, se le solicitaron antecedentes de 143 beneficiarios.
8. Que, el Oficio Ordinario 5R N°20949/2023, se envía mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador.

9. Que, se suspendió en forma transitoria su inscripción en el Rol de la Modalidad Libre Elección, según Resolución Exenta N°13548/2023 de fecha 19-12-2023, la que se envía el 20-12-2023 mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador.

10. Que, transcurridos 5 días hábiles desde la notificación del Oficio Ordinario 5R N°20949/2023, el prestador envió antecedentes, de 133 beneficiarios, faltando 10.

11. Que, de la revisión de los antecedentes, se constatan los siguientes hallazgos:

- Falta de registros para 32 prestaciones, 19 de estos por falta de ficha clínica.
- 49 registros no se han validado, dado que se ha corroborado corresponden exclusivamente a entrega de receta para continuidad de tratamiento farmacológico, entrega de informes y/o certificados médicos, una ficha donde se copia misma información de otro paciente y una atención donde acude un tercero a solicitar medicamentos para quien sería el paciente.
- 19 prestaciones donde se corrobora el cobro de BAS con el solo fin de extender una licencia médica.
- 16 prestaciones donde se ha verificado cobro doble BAS para un mismo beneficiario, en un mismo día, en circunstancia que solo cuenta con una atención, lo que se corrobora con declaración de 2 beneficiarias quienes confirman el cobro de doble bono, y ratifica la denuncia originada en la Sucursal FONASA Ovalle.
- Cobro de 2 prestaciones no realizadas, dado que refiere corresponde a atenciones donde el paciente se encuentra inasistente, con el agravante de entregar la atención en los días siguientes, realizando cobro de un nuevo bono.
- Falta de actualización de lugar de atención, dada declaración del mismo prestador quien señala se encuentra atendiendo en la ciudad de La Serena.
- Incumplimiento normativo, dada la realización de atenciones remotas según declaración de 4 beneficiarios, con cobro de bono consulta médica electiva, lo que fue advertido al prestador por Sucursal FONASA Ovalle, sin corregir su actuar.

12. Que, se realiza entrevista telefónica, desde el Departamento de Fiscalización y Contraloría de Prestaciones con fecha 19-12-2023, estableciendo contacto con 4 beneficiarios, quienes coinciden en señalar que han recibido atenciones remotas por el prestador, 2 de ellos especificando que se efectuaron tanto atenciones remotas como presenciales en las consultas de Ovalle y/o La Serena. Así mismo, 2 beneficiarias reconocen el cobro de doble bono, una de ellas lo asocia a contar con citación más próxima, mientras que la segunda comunica que, al solicitar hora la última vez, el mismo doctor informó que actualmente el cobro corresponde a 2 bonos por atención, ratificando la denuncia recibida.

13. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R N°22777/2023 de 22-12-2023**, 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), lo que contraviene el punto 4 letra a), b) y 7.1.1 de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 81 prestaciones con códigos: 0101001, contenidas en 81 BAS, emitidas en 42 beneficiarios por un monto bruto de \$1.096.500 y un FAM de \$525.240, sin registros de respaldo de atención que permita determinar fehacientemente la procedencia de lo cobrado a esta institución, debido a que 19 prestaciones no cuentan con ficha clínica de respaldo, 13 prestaciones no se encuentran dentro de la información revisada y 49 registros no se han validado ya que se ha verificado corresponden a entrega de receta, informes y/o certificados médicos, incluyendo un registro donde se acerca un tercero a solicitar medicamentos para el paciente y un registro donde se encuentra copia del respaldo de atención de otro paciente.

Lo anterior 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) "Respaldos en ficha del paciente: 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".

Así mismo, el punto 7.1.1 establece: ""Definición de Consulta Médica": Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica o Centro de Salud, debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad de libre elección y con las presentes normas. 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".

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

2.1: "Por cobro de BAS, emitido con el sólo fin de extender una licencia médica". Infracción señalada en el punto 30.1, letra b.11), de la Resolución 277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud."

Lo anterior, para 19 prestaciones, contenidas en 19 BAS, emitidas a 6 beneficiario por un monto bruto de \$256.080 y un FAM de \$122.670, para los que se corrobora cobro solo con el fin de extender o prolongar una licencia médica, sin contar con un registro de respaldo completo para la consulta médica realizada y cobrada.

2.2: "De recargos improcedentes, por cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad. Infracción señalada en el Punto 30.1, letra b.9) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 16 prestaciones código: 0101001, contenidas en 16 BAS, emitido en 9 beneficiarios por un monto bruto de \$216.380 y un FAM de \$103.650, para las que se ha corroborado el cobro de dos prestaciones en un mismo día, para un mismo beneficiario, en circunstancias que solo cuenta con un registro de respaldo.

2.3: "De prestaciones no realizadas". Infracción señalada en el punto 30.1, letra b.4), lo que contraviene lo indicado en punto 6.2 letra b) de la Resolución 277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo anterior para 2 prestaciones comprendidas en 2 BAS, cobradas a 2 beneficiarios y equivalente a un valor total de \$26.740 y un FAM de \$12.810, las que se cobran pese a las inasistencias de los pacientes, con el agravante que las atenciones son otorgadas en días posteriores, con el cobro de un nuevo bono.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 6.2 letra b) "El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido 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), lo que contraviene el punto 2.2 letra a) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo anterior debido a la información entregada por el prestador telefónicamente, y ratificada luego por correo electrónico del 27 de noviembre de 2023, donde refiere que ya no mantiene lugar de atención en la ciudad de Ovalle, contando con consulta en La Serena, lo que además se ha ratificado con declaración telefónica de una beneficiaria.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 2.2 letra a): "Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, los profesionales deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito y en el plazo de 30 días desde su ocurrencia las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar".

Cargo N°4: "Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de libre elección; y regulan 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 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo anterior debido a la realización de atenciones vía remota, según denuncia de la Sucursal FONASA Ovalle, y que se ha ratificado con la declaración telefónica de 4 beneficiarios, con el agravante que dicho actuar fue advertido desde la Sucursal referida, sin corregir a la fecha.

Lo que contraviene lo indicado en el punto 7.1.6 letra B), Requisitos generales. a) El prestador o establecimiento de salud que otorgue atenciones de teleconsulta y/o telerehabilitación, deberá contar con una plataforma en convenio o propia, para brindar las prestaciones del subgrupo 08 la cual deberá ser acreditada previamente por FONASA o por un tercero autorizado por FONASA. que podrán ser utilizadas hasta por seis meses, luego de publicados todos los reglamentos y normas técnicas dictadas por Minsal, lo anterior en el marco de la ley 20.584 vigente".

14. Que, el Oficio Ordinario de Cargos 5R N°22777/2023, se envía a la dirección de atención de conocimiento durante el presente proceso a través de carta certificada, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile 1180669292554, permite corroborar que el despacho fue devuelto, por lo que se reenvía documento vía correo electrónico a la dirección informada en convenio, confirmando la notificación con fecha 04-01-2024.

15. Que, con fecha 11-01-2024, el prestador presenta documentación de descargos a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

El prestador sólo hace referencia a reclamo asociado a atención del 11 de diciembre de 2023, indicando que no se rechazó atención con bono en favor de pago particular, sino que devolvió bono dado que paciente solo le solicitó la emisión de licencia médica, lo que se negó a realizar. De la misma forma, se refiere a la potestad punitiva de la Administración, señalando que en la formulación de cargos se debe indicar cómo la conducta importó una infracción a los deberes para con la administración del estado, señalando los hechos constitutivos de infracción que se imputan, para garantizar la adecuada defensa. De esta forma, comunica que la formulación de cargos debe ser fundada, formulándose los cargos de forma precisa y determinada, otorgando un plazo razonable para ejercer su defensa. Finalmente, indica la inexistencia de culpabilidad, debiendo existir culpa o dolo, sin lo cual no es posible imputar una infracción. En este sentido, apunta a la diligencia exigible a la conducta del profesional, considerando todas las circunstancias, como prestar servicios a una gran cantidad de pacientes, otorgando un servicio importante como el de la salud, destacando sus pacientes su gran calidad profesional. Así mismo, señala que se solicitó una gran cantidad de información, asociada a 143 pacientes, en un plazo exiguo, dado solicitud el 24 de noviembre y plazo el 28 del mismo mes.

Por último, indica que la responsabilidad administrativa no es de carácter objetivo, es decir, no basta con la mera infracción del deber funcionario, sino que, por el contrario, exige la concurrencia de los elementos característicos de toda clase de responsabilidad y, en particular, supone la comisión de un acto por cuyo intermedio se haya vulnerado la normativa, en la que el infractor debe haber obrado de manera dolosa o, al menos, culposa, concurriendo relación de causalidad entre el hecho atribuido y la infracción y sin que concurra a su respecto alguna circunstancia que lo exima de responsabilidad.

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

En primer lugar, se debe señalar que no se realiza cargo por cobro particular, ni actuar asociado a atención de diciembre de 2023. Seguidamente, es necesario indicar que los cargos han sido formulados de manera que se informa la infracción cometida según la normativa vigente, los bonos, beneficiarios y montos asociados a esta, así mismo, se detalla y especifica el actuar en que ha incurrido el prestador o la forma en la que se origina las diferentes infracciones, según lo corroborado durante el proceso de fiscalización, incorporando la normativa vulnerada si la hubiera, la que incluso es citada para conocimiento del prestador, acompañándose todo lo anterior de tabla anexa en el mismo texto, donde se identifica uno a uno los beneficiarios a través de su RUT, los folios de bonos relacionados, y la infracción que corresponde a cada uno de ellos, con el fin que el profesional pueda realizar y presentar su defensa. Así mismo se debe considerar que el actuar del prestador es contrario a la normativa por él conocida desde el momento en que suscribe convenio con el Fondo, incluyendo en esto los recargos improcedentes, atenciones vía remota y modificación de lugar de atención, actos que fueron advertidos desde Sucursal FONASA Ovalle, sin ser corregidos por el prestador. Finalmente, respecto al plazo para la presentación de los antecedentes, este se amplió a solicitud del mismo profesional, quien encontrándose dentro del plazo legal solicitó formalmente su prórroga, cumpliendo en todo momento con el debido proceso.

Por tanto, dado que el prestador no realiza mención a los cargos formulados, ni aporta información o antecedentes que permita desvirtuarlos, se mantiene la totalidad de cargos tal y como fueron formulados.

17. Que, en sesión del 30/01/2024, 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.

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 proporcional a las infracciones constatadas.

18. Que, consecuentemente el caso se derivó y en sesión del 16/04/2024, la Comisión de Sanción del Nivel Central decidió reformular el Cargo N°1 y eliminar el Cargo N°2.1, ambos del Oficio Ordinario 5R N°22777/2023 del 22-12-2023.

19. Que, se rectificó el Oficio Ordinario 5R N°22777/2023 a través del Oficio Ordinario 5R N°17339/2024 del 01/08/2024, eliminando el Cargo N°2.1 y modificando el Cargo N°1, según el siguiente detalle, manteniendo para todo efecto los

cargos restantes tal y como fueron formulados:

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), lo que contraviene el punto 4 letra a), b) y 7.1.1 de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 100 prestaciones con códigos: 0101001, contenidas en 100 BAS, emitidas en 46 beneficiarios por un monto bruto de \$1.352.580 y un FAM de \$647.910, sin registros de respaldo de atención que permita determinar fehacientemente la procedencia de lo cobrado a esta institución, debido a que 19 prestaciones no cuentan con ficha clínica de respaldo, 13 prestaciones no se encuentran dentro de la información revisada y 68 registros no se han validado ya que se ha verificado corresponden a entrega de receta, informes, certificados médicos y/o extensión o prolongación de licencia médica, incluyendo un registro donde se acerca un tercero a solicitar medicamentos para el paciente y un registro donde se encuentra copia del respaldo de atención de otro paciente.

Lo anterior 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) "Respaldos en ficha del paciente: 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".

Así mismo, el punto 7.1.1 establece: ""Definición de Consulta Médica": Es la atención profesional otorgada por el médico a un paciente en su Consultorio Privado o en un local destinado para estos efectos en un Hospital, Clínica o Centro de Salud, debiendo cumplir con los requisitos establecidos en la Resolución Exenta que regula el procedimiento de suscripción de convenios para la Modalidad de libre elección y con las presentes normas. 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".

20. Que, el Oficio Ordinario rectificatorio 5R N°17339/2024, se envía a la dirección de atención de conocimiento durante el presente proceso a través de carta certificada, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile 6000249609471, permite corroborar que el despacho fue devuelto, por lo que se reenvía vía correo electrónico a la dirección informada en convenio, confirmando la notificación con fecha 12-08-2024.

21. Que, con fecha 20-08-2024, el prestador presenta documentación de descargos a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

El prestador se opone al cargo formulado en atención a que no cumple con el principio de tipicidad. Así mismo señala que se atribuye haber infringido la letra a) del punto 4 de la Resolución Exenta N°277/2011, sin explicar cómo es que su conducta infringió dicha norma. Lo mismo ocurre con el 7.1.1, el que solamente define "consulta Médica", sin explicar que conducta infringió dicha norma. Abunda que dicho principio está estrechamente vinculado con el principio de legalidad, refiriendo que el principio de tipicidad también ha sido proclamado como uno más de los principios a los que se debe someter el derecho administrativo sancionador. Así mismo, indica que dicho principio tiene su fuente directa en la Constitución, la que en el inciso final del artículo 19 N°3 expresa "Ninguna ley podrá establecer penas sin que la conducta que se sanciona esté expresamente descrita en ella". Al respecto señala que el Tribunal Constitucional ha referido "la pena penal y la pena administrativa se someten a un mismo estatuto constitucional, que consagra garantías mínimas tanto sustantivas como procedimentales: legalidad, tipicidad, culpabilidad, irretroactividad, justo y racional procedimiento previo". Este es, por lo demás, una de las conclusiones a las cuales llega el Tribunal Constitucional al sostener la tesis del ius puniendi único del Estado y la proyección de los principios del orden penal al ámbito de las sanciones administrativas, aunque con algunos matices" (Cfr. sentencias roles Nos. 244, de 1996; 479 y 480, de 2006; 725 y 766, de 2008; 1.183, 1.184, 1.203, 1.205, 1.221 y 1.229, de 2009; y 1.518, de 2010).

Finalmente, indica que, respecto a la conducta del profesional, este entregó toda la información de la que disponía en ese momento, la información de los pacientes que no pudo entregar en tiempo y forma, se debió al cambio de consulta médica desde Ovalle a Coquimbo, lo que dificultó el acceso a la información requerida.

Envía mandato judicial donde entrega personería para actuar en su representación a D. Gonzalo Aguilera Jofré, solicitando realizar notificaciones del presente proceso al correo electrónico gaguilera@falmed.cl

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

El prestador sólo hace referencia al principio de tipicidad, de esta forma, se debe señalar que el cargo formulado contiene el detalle de los hechos constitutivos de la infracción que se imputa, señalando expresamente la falta de registro para 100 prestaciones, y además la forma como se habrían vulnerado las normas que se invocan, desglosando que 19 prestaciones no cuentan con ficha clínica de respaldo, 13 prestaciones no se encuentran dentro de la información revisada y 68 prestaciones no se han validado ya que se ha verificado corresponden a entrega de receta, informes, certificados médicos y/o extensión o prolongación de licencia médica, incluyendo en estos un registro donde se acerca un tercero a solicitar medicamentos y un registro donde se observa la copia del respaldo de atención de otro paciente. Así mismo, se especifica y se cita la normativa vulnerada, específicamente los punto 4, letra a) y b) sobre registros de respaldo, y el punto 7.1.1, donde se define consulta médica, prestación cobrada por el profesional en circunstancia que sus respaldos sólo acreditan la entrega de documentación administrativa, como recetas, informes, certificados médicos o licencias, sin dar cuenta fehacientemente de la realización de una consulta médica en los términos definidos en la normativa vigente. Por tanto, el cargo formulado cumple lo señalado en el artículo 25 de la Resolución Exenta N°7/2021, permitiendo al prestador asumir adecuadamente su defensa y cumpliendo con el debido proceso.

Por último, el prestador reconoce que envió toda la información que mantenía en su poder, y que la faltante no la pudo recopilar debido a su cambio de ciudad. Por tanto, ya que el prestador no envía nuevos antecedentes que permita desvirtuar el Cargo N°1, este se mantiene tal y como fuera formulado.

23. Que, en sesión del 02/10/2024, 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 en el Punto 30.1 letra g).

b) "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:

"De recargos improcedentes, por cobro de doble BAS por atención, salvo las excepciones contempladas por la normativa de acuerdo a la especialidad". Infracción señalada en el Punto 30.1, letra b.9).

"De prestaciones no realizadas". Infracción señalada en el punto 30.1, letra b.4).

c) "Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes". Infracción señalada en el punto 30.1 letra h).

d) "Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de libre elección; y regulan 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	Sin registro	100	\$1.352.580	\$647.910	\$704.670
2.2	Cobro doble	16	\$216.380	\$103.650*	\$112.730
2.3	No realizado	2	\$26.740	\$12.810*	\$13.930
3	Falta actualización convenio				

4	Atenciones remotas				
TOTAL		118	\$1.595.700	\$764.370	\$831.330

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación y aplicar una multa proporcional a la infracción constatada, adicionando 10 UF por cada cargo no asociado a BAS, sanción que esta autoridad comparte. Asimismo, la Comisión propuso ordenar el reintegro del valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM) de las prestaciones con cobro doble y no realizadas; medida administrativa que esta autoridad igualmente comparte, motivo por el cual dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

1. APLÍCASE al prestador **D. JULIO NELSON ADAROS MORAGA, RUT** [REDACTED] como consecuencia de los cargos formulados mediante Oficio Ordinario 5R N°22777/2023 del 22/12/2023 y rectificado con Oficio Ordinario 5R N°17339/2024 del 01/08/2024, ambos de este servicio, la sanción de Amonestación de su inscripción en el rol de la MLE y el pago de una Multa de 62 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 \$116.460.

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.

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 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 la Dirección Zonal Centro Norte, a través del correo electrónico naraya@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

4. NOTIFÍQUESE esta Resolución al prestador, por correo electrónico a la dirección señalada en descargos del prestador.

5. 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 mramirez@fonasa.cl, con copia a naraya@fonasa.cl.

6. 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:

JULIO NELSON ADAROS MORAGA, RUT [REDACTED]

OFICINA DE PARTES (AFECTO AL ART. 7°, LETRA G), LEY 20.285)

DPTO. MONITOREO

DPTO. DE FISCALIZACION Y CONTRALORÍA DE PRESTACIONES

SECCION OFICINA DE PARTES

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

DTP6ADS2

Código de Verificación