



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

RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 11594 / 2024

**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. DANIEL JESUS
OLIVARES BARRIA RUT [REDACTED]
VALPARAÍSO , 15/10/2024**

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°1110/2019, modificada por la 3.1H/N°1199/2019, 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 Prestaciones, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador, **DANIEL JESUS OLIVARES BARRIA RUT [REDACTED]** respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre diciembre de 2023 hasta junio de 2024, teniendo como origen monitoreo de 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 Natural de profesión Médico con especialidad en Medicina Interna.

4. Que, el prestador fue sancionado mediante Resolución Exenta 5R N° 2246 de fecha 02-10-2012, producto de fiscalización efectuada cuyos hallazgos fueron los siguientes:

- Falta de ficha clínica, equivalente a dos prestaciones
- Falta de registro de respaldo de diez prestaciones

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

- Tendencia de cobro incrementado que se objetiva con la variación al alza del 177% en el año 2023, respecto del año anterior.
- Variación del 143 % en la cobranza, respecto del periodo enero-mayo de 2023 en comparación del mismo periodo del presente año.
- La variación mensual del Fondo de Ayuda Médica (FAM) en periodo estudiado (marzo de 2023 a mayo de 2024) se mantuvo fluctuante, registrando variaciones entre el -32% y 207 %; concentrándose, el mayor número de bonos presentados a cobro y ,por tanto, mayor incremento en el monto FAM para el mes de enero del 2024.
- El 1.29 % (41 bonos) emitidos en el periodo estudiado y para 16 beneficiarios, consignaron doble emisión para la misma fecha de atención.

6. Que, con fecha 14 de junio de 2024 se realizaron entrevistas telefónicas, desde el Departamento de Fiscalización y Contraloría de Prestaciones de la Dirección Zonal Centro Norte, estableciendo contacto con 3 beneficiarios, los cuales indicaron lo siguiente:

Todos señalaron conocer al prestador, haber recibido atención de Medicina Interna en lugar de atención informado en su convenio (Calle Merced 565, en dependencias de IST); asimismo, todos los beneficiarios afirman sólo haber cancelado el valor del copago y estar conformes con la atención otorgada.

7. Que, en base al análisis de la cobranza, se fiscalizó una muestra correspondiente a 260 beneficiarios con 749 Bonos de Atención de Salud asociados, que comprenden 749 prestaciones, del grupo 01, códigos 01-01-001 Consulta medicina general y 01-01-307 Consulta médica de especialidad en medicina interna, por un monto total de \$13.276.660.

8. Que, mediante Oficio Ordinario 5R N°13810/2024 de fecha 19/06/2024, se le solicitaron antecedentes de 260 beneficiarios.

9. Que, el Oficio Ordinario 5R N°13810/2024, se envía mediante correo electrónico, al e-mail inscrito en el convenio vigente del prestador.

10. Que, transcurridos 4 días hábiles desde la notificación del Oficio Ordinario 5R N°13810/2024, el prestador envió antecedentes, de 260 beneficiarios.

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

- Se encontró el 100% fichas clínicas solicitadas de beneficiarios.
- 126 prestaciones sin registro clínico de respaldo por las atenciones cobradas a 60 beneficiarios, en la documentación presentada; de las cuales 32 no fueron encontradas y 94 no fueron validadas por representar un patrón de registro, el cual no permite determinar concordancia con la atención profesional otorgada por médico especialista en Medicina Interna.
- Para 5 prestaciones, el prestador sólo registró emisión de certificado médico por rechazo de Licencia Médica y/o extensión de receta farmacológica.
- Se constata que para 3 beneficiarios con emisión de 8 prestaciones de Consulta médica de especialidad en Medicina Interna, el prestador realizó cobro de doble BAS por atención.

12. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 5R N° 15229 del 09/07/2024, 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) de la Resolución Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 126 prestaciones con códigos: 01-01-001 y 01-01-307, contenidas en 126 BAS, emitidas en 60 beneficiarios por un monto bruto de \$2.226.720 y un FAM de \$1.329.340, sin registros de respaldo de atención, lo que no permitió determinar la procedencia de lo cobrado a esta institución; desglosado en 32 de ellos no encontrados y 94 de ellos no validados, por el tipo de registro presentado que no describe la atención médica otorgada y/o por representar un patrón de registro, lo que no permite conocer la intervención realizada acorde a la prestación cobrada.

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" y el Punto 7.1.1 "Definición de Consulta Médica: *...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 N° 2: "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 Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo anterior para un total de 5 prestaciones contenidas en 5 BAS y correspondientes a 4 beneficiarios por un monto bruto de \$87.600 y un FAM de \$52.550; en las cuales se evidenció, según documentación clínica revisada, que sólo existió emisión de certificado médico y/o extensión de receta farmacológica, lo que constituye cobro de prestaciones con fines distintos a lo estipulado en normativa vigente.

Cargo N° 3: "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud", pudiéndose distinguir:

3.1 De recargos improcedentes, por ejemplo, cobro de doble BAS por atención. Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.9) de la Res. Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud. Lo anterior para un total de 8 atenciones de consulta médica de especialidad en medicina interna, contenidas en 8 BAS y correspondientes a 3 beneficiarios para las que se evidenció, según la documentación clínica aportada por el prestador que se realizó cobro de doble BAS por su atención.

13. Que, el Oficio Ordinario de Cargos 5R N° 15229 del 09/07/2024, se envía a la dirección Calle Merced N° 565, Of. 309 – San Felipe, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile 1180669293872, confirma la notificación con fecha 11-07-2024.

14. Que, con fecha 01-08-2024, el prestador presenta documentación de descargos a través de correo electrónico de la fiscalizadora, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

Respecto del cargo N° 1, el prestador argumenta que: *"... Semanalmente acudo a una consulta médica en San Felipe en donde recibo bonos Fonasa, estos bonos son recibidos por una secretaria, quien me los entrega y son cargados semanalmente por mi persona en la plataforma de prestador Fonasa".*

"...He cometido el error de no colocar la fecha exacta de atención de varios de esos bonos que llegan desfasados, ya que junto muchos bonos y los cargo de una vez cuando tengo tiempo y no reviso la ficha de atención. Envío a continuación algunas fichas clínicas donde he colocado el número del folio del bono de la respectiva atención, para que quede claro que bono corresponde a cuál atención. No he tenido tiempo para hacer esto con todas las fichas. Me comprometo a tener la totalidad de las fichas regularizadas la próxima semana".

"Espero esta información sirva para entender mi trabajo y que en ningún momento he cometido infracciones como las que se me imputan.

"...Si a pesar de esto, se considera que he cometido faltas que deben ser infraccionadas, deberé asumir tal hecho y mejorar la labor administrativa y de registro, como ya lo estoy haciendo".

En lo concerniente al cargo N°2, el prestador no se pronuncia al respecto.

De acuerdo con el cargo N° 3, el prestador señala que: *"...Muchos pacientes son atendidos de emergencia y no llevan Bono; conociéndolos, permito que el bono sea entregado varios días después, sin exigir garantía por ello, y algunos pacientes, quienes me deben varios bonos, se ponen al día comprando varios bonos de una vez, por las atenciones adeudadas. No hay cobros dobles por ninguna atención: Una atención es un bono, como debe ser".*

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

De conformidad al cargo N°1, el prestador en su argumento reconoce su propio error y sostiene que en definitiva la falta de registro se debió a la incongruencia de fechas con el registro de atención, ya que los bonos pendientes fueron cancelados por los beneficiarios con fecha posterior a la de la atención entregada.

Consecuentemente, se revisa la documentación aportada la cual conserva el mismo formato presentado en etapa investigativa; no obstante, tras su revisión y análisis se concluye que finalmente, mantiene la ausencia de registros de respaldo de 126 prestaciones, de las cuales 32 no fueron encontradas, 4 no se validan por corresponder a fechas distintas o no coincidir con el orden cronológico de atención revisado en etapa investigativa anterior y 90 por representar un patrón de registro en contexto de control de peso por problema de salud obesidad, e incumplir con lo establecido en la Res. Exta N°277/2011 y sus modificaciones del MINSAL: Punto 7.1.1 "Definición de Consulta Médica: *...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".* Por tanto, se mantiene el cargo tal cual fuese formulado.

En relación al cargo N°2, el prestador no se pronuncia en particular y no existiendo nada que revisar, no desvirtúa el cargo el cual se mantiene a firme.

Respecto del cargo N° 3, el prestador refrenda su proceder respecto del cobro de bonos en circunstancias que son emitidos el mismo día. En ese sentido se advierte al prestador que la normativa vigente respecto del cobro de prestaciones de salud es categórica en señalar en su punto 6.2 letra b) *"El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas";* y que en definitiva en la documentación revisada no aportó

medios probatorios que desvirtuasen el cobro de doble BAS realizado a los beneficiarios. Por consiguiente, se mantiene a firme el cargo.

16. Que, en sesión del 12/09/2024, la Comisión de Sanción Zonal, 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 totalmente los cargos formulados.

Por lo tanto, se verifica las siguientes infracciones tipificadas en las Normas Técnico - Administrativas establecidas en Resolución Exenta N° 277/2011 y sus modificaciones, todas del Minsal, infringiendo el siguiente punto:

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) "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); - Por cobro de 5 prestaciones con fines distintos a lo estipulado en la normativa vigente.

c) "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 ejemplo, cobro de doble BAS por atención. Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.9).

A continuación se detalla las prestaciones y monto involucrado en el cargo:

N° Cargo	Breve descripción cargo	N° Prestaciones involucradas	Monto total involucrado \$	Monto FAM involucrado \$	Monto copago involucrado \$
1	Sin registro	126	2.226.720	1.329.340	897.380
2	Incumplimiento normativo y arancelario (sólo extensión de receta y/o certificado médico)	5	87.600	52.550	35.050
3	Cobro doble BAS	8	143.210	85.930	57.280
TOTAL		139	\$2.457.530	\$1.467.820	\$989.710

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación y consideró razonablemente aplicar una multa con base al monto total de las prestaciones infraccionadas en los cargos N° 1, N° 2 y N° 3, y también sobre el monto FAM de las prestaciones objetadas en cargo N°1; sanción que esta autoridad comparte, motivo por el cual dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

I.-APLÍCASE al prestador **D. DANIEL JESUS OLIVARES BARRIA RUT** [REDACTED], como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R/N° 15229 del 09 de julio de 2024 de este servicio, la sanción de **Amonestación** y el pago de una **Multa de 47 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.-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.

III.-NOTIFÍQUESE esta Resolución al prestador, por carta certificada.

IV.-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 jobreque@fonasa.cl y c/c naraya@fonasa.cl.

V.-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:

D. DANIEL JESUS OLIVARES BARRIA RUT

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

2wjD0xEw

Código de Verificación