



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

RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 11596 / 2024

**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. WALDO
ALEJANDRO LAGOS SEPULVEDA, 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°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. WALDO ALEJANDRO LAGOS SEPULVEDA, RUT [REDACTED]** respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre enero y junio 2024, teniendo como origen el monitoreo de su 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 desde febrero 2004, en calidad de Persona Natural de profesión médico cirujano.
4. Que, el prestador cuenta con proceso de fiscalización previo, el que se cerró con advertencia por falta de 6 registros clínicos.
5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
 - Incremento en cobranzas brutas desde el año 2021 en adelante, periodo en que presenta alza de 24% respecto del año anterior, seguido de aumento de 422% durante el año 2022 y 16% en el año 2023, año en que supera los 62 millones brutos.
 - Al 02 de julio de 2024 los cobros brutos alcanzan los 39 millones de pesos, monto que es un 37% inferior al total cobrado el 2023, lo que supone nueva alza.
 - El 96.4% de las prestaciones han sido emitidas a través de venta electrónica, por el mismo prestador.
 - El 87% de los beneficiarios mantiene domicilio en Región de Valparaíso, y de esos un 51% reside en comuna de Los Andes.
 - Finalmente, se corrobora a través de página web de Bio-Centro que el prestador mantiene lugar de atención en O'Higgins 510, Los Andes, lugar de atención no autorizado en convenio.
6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 130 beneficiarios con 535 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 535 prestaciones, del grupo 01, código 0101001, por un monto total de \$7.535.470.
7. Que, mediante Oficio Ordinario 5R N°16216/2024 de fecha 23-07-2024, se le solicitaron antecedentes de 130 beneficiarios.

8. Que, el Oficio Ordinario 5R N°16216/2024, se envía el 23-07-2024 mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador, reenviándose el 29-07-2024 ya que no se reciben antecedentes.

9. Que, transcurridos 4 días hábiles desde la notificación del Oficio Ordinario 5R N°16216/2024, el prestador envió antecedentes, de 128 beneficiarios, faltando 2.

10. Que, de la revisión de antecedentes, se constató los siguientes hallazgos:

- Falta de registros de respaldo para 20 prestaciones, 10 de estas dada la falta de ficha clínica de 2 beneficiarios, y 10 por registros no encontrados en la documentación revisada.
- Cobro doble en 2 prestaciones, dada la emisión y cobro de 2 prestaciones, en un mismo día, para un mismo beneficiario, con sólo un registro de respaldo para cada uno de estos. Con agravante que en ambos casos los bonos se han emitido electrónicamente.
- Falta de actualización de lugar de atención, dado que el prestador se encuentra atendiendo en Bio-Centro Los Andes, lugar de atención no autorizado en convenio.

11. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R N°18357/2024 de 14/08/2024**, 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), 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 20 prestaciones con código 0101001, contenidas en 20 BAS, emitidas en 12 beneficiarios por un monto bruto de \$280.500 y un FAM de \$134.300, sin registros de respaldo de atención que permita determinar fehacientemente la procedencia de lo cobrado a esta institución, debido a la falta de 2 fichas clínica, una por encontrarse vacía la carpeta enviada y otra dado que archivo cargado no corresponde a la paciente en revisión, y 10 prestaciones que no se encuentran en la documentación revisada.

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: De recargos improcedentes, por ejemplo, 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 2 prestaciones código: 0101001 contenidas en 2 BAS, emitido en 2 beneficiarios por un monto bruto de \$27.560 y un FAM de \$13.200, para las que se ha corroborado el cobro de dos BAS en un mismo día, para un mismo beneficiario, en circunstancias que solo cuenta con un registro de respaldo, con agravante que ambos bonos se han emitido a través de venta electrónica, por el mismo prestador.

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 dado que prestador mantiene lugar de atención en Bio-Centro, ubicado en O´Higgins N°510, Los Andes, lugar de atención no autorizado en convenio, según antecedentes de punto de venta IMED N°504975, e información entregada por administradora del centro médico en contacto telefónico, momento en que señala que el prestador se encuentra con paciente, y que se corrobora con la página web del mismo lugar, donde se informa al médico como parte del Staff.

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".

12. Que, el Oficio Ordinario de Cargos 5R N°18357/2024, se envía a la dirección de conocimiento durante el presente proceso, O'Higgins N°510, Los Andes, a través de carta certificada, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile 1180669294183, confirma la notificación con fecha 20-08-2024.

13. Que, con fecha 26-08-2024, el prestador presenta documentación de descargos a través del servidor SFTP, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

El prestador refiere que, 2 fichas no se subieron al sistema por error de duplicidad de ficha como una carpeta vacía, por lo que adjunta fichas de DBF (vacía) y MGF (duplicada).

En relación a los 10 bonos sin registro en ficha comunica:

- MMN: existe atención el 22-02-2024 por rinosinusitis aguda, correspondiendo a la primera atención de la paciente.
 - MACA: reconoce que no hay registro para el día 11-01-2024, confirmando que paciente fue atendida en dicha jornada, siendo concordante la fecha con alta de tratamiento indicado el 03-01. Asume error de no registro.
 - ACA: reconoce que no hay registro en ficha para el día 07-05-2024. Cree que cometió el error de sobrescribir en archivo Word dado que se realiza control mensual por patología crónica. Señala que se encuentra realizando cambios en la forma de trabajar, para corregir este potencial error.
 - LCM: Reconoce falta de registro para el 08-03-2024. Supone sobrescribió el registro en Word con fecha del control anterior, ya que paciente se tomó exámenes el día previo a la atención, y como se ve en ficha, se destacan los exámenes alterados, dejando tratamiento correspondiente. Se encuentra realizando cambios para corregir.
 - MPC: Refiere que en ficha no existe atención para el día 26-04-2024 habiendo atendido al paciente. Cree que cometió el error al sobrescribir sin guardar los cambios en ficha perdiendo el registro de control por dislipidemia y diabetes mellitus. Se encuentra realizando cambios para corregir.
 - HFT: Comunica que en ficha no existe atención el día 16-02-2024 pero paciente mantiene hora en agenda. Cree que cometió el error al guardar la atención, ya que correspondía control con exámenes indicados el 09-02-2024 en contexto de dolor lumbar. Se encuentra realizando cambios para corregir.
 - FMC: No existe en ficha registro para el día 15-02-2024, manteniendo hora agendada con venta de BAS. Cree que sobrescribió ficha con los datos de la atención previa, ya que trabaja con Word y muchas veces copia la base de la atención previa para su actualización. Reconoce error en el procedimiento.
 - NVB: Reconoce que no hay registro en ficha, paciente con hora en agenda digital. No tiene explicación para la omisión de la información, seguramente no guardó cambios en ficha.
 - JHF: No hay registro en ficha, paciente con hora en agenda. Cree haber sobrescrito la atención del 15-08, pues en ficha se lee motivo de consulta malestar urinario y posteriormente se encuentra resultado de examen de orina y cultivo, realizando diagnóstico y entrega de tratamiento, lo que correspondería al control. Se encuentra implementando cambios de mejora.
 - NFR: No hay registro en ficha, paciente con hora agendada. Cree haber cometido error al guardar la información, ya que la ficha no tiene autoguardado, correspondiendo, según fecha, control por loxocelismo cutáneo.
- Finalmente señala que, dado los inexcusables errores, se encuentra en búsqueda de un mejor sistema de control y seguimiento de los procesos diarios, para evitar en el futuro este tipo de errores.

De la misma forma, el profesional refiere para:

- RUT 11517XXX-X: El BAS 875812916 del 15-12-2023 fue emitido por él. El otro bono folio 875760091 del mismo día, correspondía a la toma de exámenes. Señala que deja constancia que no tiene relación ni como ente personal, ni como socio de BioCentro, por lo que dicho BAS no tiene relación alguna con su persona. Adjunta copia de BAS.
- RUT 5438XXX-X: El BAS 880913721 se emitió a las 08:07 Hrs., mientras que el BAS 881015921 a las 17:13 Hrs. Reconoce la emisión de ambos BAS, ya que en consulta realizada a las 08:15 Hrs., se indicó ecografía abdominal, la que se realizó el mismo día en Bio Centro, tomando hora de control a las 17:00 Hrs. Sin embargo, paciente no entendió que esa atención era sin costo, y compró una segunda atención para revisión del estudio. Así mismo, refiere que en ficha se puede observar que el día de la atención se indica eco abdominal, y que luego se describe los hallazgos, existiendo respaldo, solo que, reconoce, no clarificó la hora de atención. Finalmente, indica que la emisión del bono se debe haber realizado por cambio de cajera en turno de la tarde.

Por último, prestador reconoce la falta de actualización por desconocimiento y la venta habitual de bonos en los últimos años, por lo que creyó estar funcionando de acuerdo a las normas. Refiere que inmediatamente informado de su omisión, intentó remediarlo en la página de FONASA, por lo que adjunta resumen de solicitud.

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

Se revisó la información enviada por el profesional, lo que permitió validar 10 prestaciones según el siguiente detalle:

- Paciente DBF: sin ficha anteriormente, se validan 4 de 4 prestaciones.
- Paciente MGF: sin ficha en etapa anterior. Revisión permite validar 5 de 6 prestaciones, dado que BAS del 09-02-24 se mantiene sin registro.
- Paciente MMN: se revisa ficha que reenvía, la que se contrasta con la enviada anteriormente, verificando que efectivamente la atención del 22-02-24 se encuentra respaldada.

Adicionalmente, prestador reconoce ausencia de registros en 10 prestaciones, asociadas a 10 beneficiarios, comunicando que se encuentra realizando mejoras en su forma de funcionar para evitar este error. De esta forma, desvirtúa parcialmente el Cargo N°1. Prestaciones validadas se detallan en la siguiente tabla:

879849372	880821415	881711655	883134397	876643032
877165606	878448840	882913067	888637686	881923113

Se verifica además que, paciente RUT 11517XXX-X mantiene emitidos los BAS folios 875747270 y 875812916, ambos del 15-12-2023 y al RUT del prestador, emitidos a través de venta electrónica en el punto código: 504975, de D. Waldo Lagos Sepúlveda. Así mismo, se debe considerar que el BAS referido por el profesional, folio 875760091, corresponde al prestador Laboratorio Clínico Bio-Centro Ltda., RUT: 78532430-7, y no es el señalado en los cargos, dado que no corresponde a esta fiscalización.

En cuanto a paciente 5438XXX-X, se revisa nuevamente la ficha clínica, verificando la existencia de sólo una atención el 12-02-2024, la que registra:

"Anamnesis: aún se hincha con ciertos alimentos , come pescado frito

Eco abdominal

Hígado y riñones normales sin litiasis" (sic)

Adicionando posterior al examen físico:

"Diagnostico:Trastorno Digestivo Funcional, vertigo

Indicaciones:eco abdominal

Mantener gastricumel 1x2x15

Dislep 25 1x2x6

Vertigoheel 10 gotas cada 8hrs por 10 doias

Control 8 días" (sic)

Posteriormente se encuentra respaldo de atención del 19-02-2024. Por tanto, respaldo no da cuenta que existan 2 atenciones diferentes en el mismo día, y de esta forma, ya que el punto 4, letra b) señala: "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", no se validan prestaciones, manteniendo el Cargo N°2 tal y como fuera formulado.

Finalmente, se verifica en sistema que el prestador ingresó 2 requerimiento con el fin de actualizar su lugar de atención, folios 2010349 y 2028394, sin embargo, pese a que el último de ellos se encuentra autorizado, no se observa en BP el lugar de atención que señala en su solicitud. De esta forma, se envía consulta al Depto. de Comercialización desde donde refieren encontrarse a la espera de envío de Anexo N°7 para proceder con el requerimiento. No obstante, dado que el prestador ha realizado diversas gestiones para su regularización, manteniendo además autorizado punto de venta electrónico en lugar de atención, se da por desvirtuado el Cargo N°3.

15. 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 aporta antecedentes que contribuyen a desvirtuar parcialmente el Cargo N°1 y que no desvirtúan el Cargo N°2.

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 ejemplo, 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).

A continuación, se detalla las prestaciones y montos involucrados en los cargos:

Nº Cargo	Breve descripción cargo	Nº Prestaciones involucradas	Monto total involucrado \$	Monto FAM involucrado \$	Monto copago involucrado \$
1	Sin registro	10	\$141.230	\$67.610	\$73.620
2	Cobro doble	2	\$27.560	\$13.200	\$14.360
TOTAL		12	\$168.790	\$80.810	\$87.980

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación y aplicar una multa proporcional a las infracciones constatadas, 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; medida administrativa que esta autoridad igualmente comparte, motivo por el cual dicto la siguiente

RESOLUCIÓN:

1. APLÍCASE al prestador D. **WALDO ALEJANDRO LAGOS SEPULVEDA, RUT:** [REDACTED] como consecuencia de los cargos formulados mediante Oficio Ordinario 5R/N°18357/2024 del 14/08/2024 de este servicio, la sanción de Amonestación y el pago de una Multa de 4 U.F., medidas contempladas en el inciso 8º 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 \$13.200.

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 carta certificada.

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 ramirez@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:

WALDO ALEJANDRO LAGOS SEPULVEDA, RUT [REDACTED]

[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

qOiNeTya

Código de Verificación

