



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



RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 12021 / 2024
MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. CRISTIAN
EDUARDO MUÑOZ RUBIO, RUT [REDACTED]
VALPARAISO , 25/10/2024

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. CRISTIAN EDUARDO MUÑOZ RUBIO, RUT [REDACTED]** respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre abril y junio de 2024, teniendo como origen monitorio de la 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, y especialidad Urologo.

4. Que, el prestador fue sancionado mediante Resolución Exenta 5R N°4081/2022 de fecha 20/04/2022, con Amonestación y reintegro del FAM producto de fiscalización efectuada cuyos hallazgos fueron los siguientes: sin registro y cobro doble.

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

-Un incremento de 39% en el año 2021 respecto al año 2020 y un 39% el año 2023 a comparación del año 2022. El año 2024 lleva el 47% de lo cobrado el año 2023 hasta la fecha 01/06/2024.

-Un incremento del 164% en febrero respecto del mes anterior y un 129% en abril en comparación a marzo, lo anterior para la presente anualidad.

6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 224 beneficiarios con 386 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 390 prestaciones, del grupo 01 y 19 códigos 01-01-311, 19-01-003 y 19-01-005, por un monto total de \$10.116.084.

7. Que, mediante Oficio Ordinario 5R N°16374/2024 de fecha 24/07/2024, se le solicitaron antecedentes de 224 beneficiarios.

8. Que, el Oficio Ordinario 5R N°16374/2024, se envía mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador, cmunozmed@yahoo.com.

9. Que, el mismo día de la notificación del Oficio Ordinario 5R N°13060/2024, el prestador solicitó ampliación de plazo para la entrega de los antecedentes clínicos por lo que este departamento le otorgó prórroga hasta el día 01/08/2024 inclusive. Prestador envió 388 antecedentes de 123 beneficiarios el día 31/07/2024.

10. Que, se realizó revisión de los antecedentes encontrando los siguientes hallazgos:

-20 prestaciones sin registro, 9 de ellas por no encontrarse en la documentación revisada, 2 por falta de ficha clínica, y 1 no validada por registro ser idéntico al del beneficiario anterior en la nómina, incluidas fechas, horas y contenido de los registros. Así mismo, existen 8 prestaciones, asociadas a 4 procedimientos, los que no cuentan con informe y/o protocolo correspondiente.

-1 prestación con cobro doble.

11. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 5R N°20208/2024 de 03/09/2024, 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 d), de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 20 prestaciones códigos: 0101311, 1901003 y 1901005, contenidas en 16 BAS, emitidas en 12 beneficiarios por un monto bruto de \$592.284 y un FAM de \$204.361, sin registros de respaldo que permita determinar la procedencia de lo cobrado a esta institución, ya que en 8 prestaciones correspondientes a procedimientos código 1901003 - 1901005, no se encuentra informe y/o protocolo correspondiente, y en 12 prestaciones de consulta médica de especialidad en urología, 9 no cuentan con registro en la documentación revisada, 2 no se validan dado que ficha cuenta con doble identificación de paciente, y 1 prestación no se valida dado que ficha es idéntica en fechas, hora de citación y contenido respecto de beneficiario anterior en la nómina.

Lo anterior contraviene lo indicado en el Punto 4, letra a), b) y d) 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) Respaldo 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". "d) Respaldo de exámenes y procedimientos: El profesional o entidad que realice exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, deberá cumplir la siguiente normativa:" "d.2) La información general del beneficiario, tales como nombre, domicilio, Rut, previsión de salud, teléfono de contacto, así como el nombre y profesión del profesional tratante que indicó los exámenes o procedimientos..." "d.3) Para los exámenes o procedimiento realizados, el prestador, registrará la fecha y hora de su ejecución, la técnica empleada, los resultados, los valores normales de referencia, los hallazgos o conclusiones cuando corresponda, el nombre completo y Rut del profesional ejecutante responsable, debiendo emitir informes originales de los exámenes o procedimientos realizados. Dichos informes, exigen al prestador de la obligación de confeccionar fichas clínicas. La falta de cualquiera de los antecedentes señalados en el registro, importará presunción de no ejecución del examen o procedimiento". Así mismo, el punto 7.1.1 establece: "'Definición de Consulta Médica": Es la atención profesional otorgada por el médico aun 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".

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

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

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

CARGOS	BREVE DESCRIPCION DEL CARGO	CANTIDAD DE PRESTACIONES	MONTO TOTAL \$	FAM \$	COPAGO\$
N°1	Sin registro	7	\$201.146	\$70.888	\$130.258
N°2	Cobro Doble	1	\$25.740	\$9.650	\$16.090
TOTAL		8	\$226.886	\$80.538	\$146.348

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación y aplicar una multa de 6 U.F, monto proporcional al total de la infracción constatada, sanción que esta autoridad comparte. Asimismo, la Comisión propuso ordenar el reintegro de \$9.650, 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. CRISTIAN EDUARDO MUÑOZ RUBIO, RUT [REDACTED]**, como consecuencia de los cargos formulados mediante Oficio Ordinario 5R N°20208/2024 de 03/09/2024 de este servicio, la sanción de Amonestación y el pago de una Multa de 6 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 \$9.650.

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 a la dirección inscrita en su convenio.

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 vsalinas@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:

CRISTIAN EDUARDO MUÑOZ RUBIO, RUT 1 [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

xTmhsQ0T

Código de Verificación

