



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



RESOLUCIÓN EXENTA 5S N° 11691 / 2024

**MAT.: APLICA SANCIÓN A ENTIDAD SOCIEDAD MEDICA
BUTROS LIMITADA RUT. [REDACTED] E 54608/2024**

CONCEPCIÓN , 17/10/2024

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud; Resolución Exenta 1GN° 106 del 1° de julio de 2024 que Establece la Estructura y Organización Interna del Fondo Nacional de Salud y determina los cometidos que corresponden a sus Divisiones y Direcciones Zonales; Resolución Exenta 4A/N° 28 del 20 de marzo de 2019, que Delega Facultades que Indica en las Jefaturas de las Dependencias Internas que Señala; RA 139/1664/2023 del 08 de junio de 2023, que designa Director Zonal Centro Sur a don Mauricio Jara Lavín; todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución Exenta N°7/2019 de la Contraloría General de la República,

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2024 el Departamento de Contraloría de la Dirección Zonal Centro Sur del Fondo Nacional de Salud, realizó una fiscalización a la cobranza de la entidad Sociedad Medica Butros Limitada Rut. [REDACTED], respecto de las prestaciones presentadas a cobro en abril 2024.
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, la entidad se encuentra inscrita en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de persona jurídica, con prestaciones autorizadas en su convenio desde el 05 de mayo de 2015.
4. Que, analizados los antecedentes disponibles en el sistema, se constató que el monto bruto promedio mensual del año 2024 es de \$28.838.220.-
5. Que, en base al análisis realizado, se fiscalizó una muestra de la cobranza del mes de abril de 2024, equivalente a 126 beneficiarios/as, a quienes se les asocia la cantidad de 1.426 prestaciones, contenidas en 128 Bonos de Atención de Salud, (BAS), por un monto bruto total de \$ 13.538.620 y un monto FAM de \$ 4.232.940.-
6. Que, mediante el 5S N° 18347/2024 del 13 de agosto de 2024 se solicitaron antecedentes correspondientes a 126 beneficiarios/as.
7. Que, el Oficio Ordinario 5S N° 18347/2024 se envía mediante carta certificada a la dirección informada en su convenio Constitución 796 Of. 42, Chillán, número de seguimiento Correos de Chile 1179253417503 y además al correo electrónico informado en su convenio, mrkinechillan@gmail.com, otorgando un plazo de 3 días hábiles para presentar la documentación en dependencias de la Sucursal FONASA Chillán.
8. Que, el 19 de agosto de 2024, dentro del plazo otorgado, la entidad presentó antecedentes clínicos de 126 beneficiarios/as junto a las correspondientes órdenes de prescripción médica en dependencias de Sucursal FONASA Chillán.
9. Que, se revisaron los antecedentes presentados constatando los siguientes hallazgos:
 - a) 1.338 prestaciones el grupo 06 sin registro de respaldo.
 - b) 88 registros estipulan la realización de una atención correspondiente al código 0601101 "Evaluación Kinesiológica Integral", sin embargo, no se identifica al profesional que la otorgó.

10. Que, a partir de los antecedentes del proceso se instruyó la formulación de cargos mediante el Oficio Ordinario 5S N° 20706/2024 del 09 de septiembre de 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 Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo que involucra la emisión y cobro de 1.338 prestaciones del grupo 06 subgrupo 01 “kinesiología”, contenidas en 128 BAS, emitidas a 126 beneficiarios/as por un monto bruto de \$ 13.233.260 y un FAM de \$ 4.137.020.-

Lo anterior se fundamenta en que revisados los antecedentes presentados se verificó que no existe registro de respaldo de 1.338 prestaciones, lo que no permite acreditar que dichas atenciones cobradas al Fondo fueran efectivamente ejecutadas y otorgadas a los/as beneficiarios/as pertenecientes a la muestra de fiscalización. Éstas se desglosan en 1.180 prestaciones código 0601105 “Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria” y 158 prestaciones código 0601101 “Evaluación Kinesiológica Integral”.

Con relación al código 0601105, se verifica la inexistencia de registro de respaldo del 100% de las prestaciones “Atención Kinesiológica Integral Ambulatoria” de la muestra fiscalizada, es decir no existe descripción cronológica de las atenciones terapéuticas realizadas a cada beneficiario/a, del tipo de prestación que se otorgó, de sus siglas, ni de la fecha de atención. Tampoco se detalla la identificación completa del profesional que entregó las prestaciones.

Así mismo, las 158 prestaciones código 0601101 sin registro de respaldo corresponden a aquellas en las que el registro no consigna la fecha de atención o la fecha registrada no corresponde a la prestación fiscalizada, sino que a una atención relacionada con un tratamiento anterior o posterior a la prestación fiscalizada.

Lo anterior contravendría lo estipulado en los puntos 4 letra b), c), c.2) y c.3) y 12.1.2 letra a) de la Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones. “Los profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo a lo menos de cinco años, a contar de la última atención efectuada a un paciente. En caso de no disponerse de este documento las prestaciones se entenderán por no efectuadas”. Dichos registros son imprescindibles para que el FONASA ejerza su función fiscalizadora encomendada por el artículo 50 letra b) del Decreto con fuerza de ley N° 1 de 2015 del MINSAL en orden de cuidar que el financiamiento que efectúa corresponda a las prestaciones entregadas a sus beneficiarios.

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 se fundamenta en que revisados los antecedentes presentados se verificó que 88 registros correspondientes a 88 beneficiarios/as estipulan la realización de una atención código 0601101 “Evaluación Kinesiológica Integral”, sin embargo no se detalla la identificación del profesional que otorgó la prestación contraviniendo lo estipulado la Normativa Técnica Administrativa que regula la Modalidad Libre Elección, la cual establece en el punto 4 letra c.2) “Fichas de atención abierta (ambulatoria), que permiten registrar los datos de identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de prestación de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros de especialidad o en su domicilio, constituido este documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas”.

11. Que, el Oficio Ordinario 5S N° 20706/2024 se envía a la dirección informada en su convenio Constitución 796 Of. 42, Chillán, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile 1179257574417 confirma la notificación el 16.09.2024. Además, el oficio fue enviado al correo electrónico informado en su convenio, [REDACTED]

12. Que, con fecha 01 de octubre de 2024, la entidad presentó sus descargos en dependencias de Sucursal Fonasa Chillán.

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

La entidad señala que recibieron el oficio de cargos el 25 de septiembre; agregan que en primera instancia no habían entendido lo que se les solicitaba, razón por la que no habían sido enviados los registros de las atenciones kinésicas. La entidad adjunta 126 fichas de atenciones kinésicas correspondientes a los 126 beneficiarios/as de la muestra fiscalizada.

Revisados los antecedentes se verifica la existencia de registros calendarizados de asistencia con el detalle de las siglas correspondientes a las terapias realizadas, que permiten acreditar un total de 1.330 prestaciones. No se logra acreditar un total de 8 prestaciones, correspondientes a la beneficiaria Rut. 6.162.638-7.

Rut	DV	Folio BAS	Código	N° Prest.	M. Total \$	M. FAM \$	M. Copago \$
6162638	7	887364860	601101	2	6.940	2.180	4.760
6162638	7	887364860	601105	6	64.500	20.160	44.340

En relación a lo anterior, es necesario señalar que la ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que, en forma física o electrónica, consigna los antecedentes personales del paciente, su historial clínico-médico, y otros datos sensibles, que son indispensables 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 clínica 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 libre elección y la procedencia o no, del pago por estas 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.

Por otra parte, en su el punto 4 letra c) y c.2) de la normativa vigente de FONASA, establece que los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, con la identificación del beneficiario, la fecha de atención, la identificación completa del profesional que otorga la prestación y el tipo de atención de salud que se le ha otorgado en consultas individuales, centros médicos generales, centros médicos de especialidad o en su domicilio, constituido este documento, como el instrumento único de respaldo, para las atenciones cobradas.

Es relevante señalar que es responsabilidad absoluta del prestador en convenio, el resguardo y seguridad de las fichas clínicas, debiendo contar siempre con los respaldos necesarios. Esta obligación, no solo está contemplada en la normativa vigente de FONASA y en el convenio celebrado por el prestador, sino que también, tiene su consagración legal en la Ley 20.584, de derechos y deberes de los pacientes.

Del mismo modo, de acuerdo con el Decreto 41 del MINSAL, que aprueba el reglamento sobre fichas clínicas, éstas son el instrumento obligatorio en que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de una persona, que cumple la finalidad de mantener integrada la información necesaria para el otorgamiento de atenciones de salud al paciente. Establece además que las fichas clínicas podrán llevarse en soporte de papel, electrónico, u otro, y su contenido se registrará por el profesional que efectúa la prestación de salud, en el acto de otorgarla o inmediatamente después de ello y deben ser conservadas en condiciones que garanticen el adecuado acceso a las mismas durante el plazo mínimo de quince años contados desde el último ingreso de información que experimenten.

Dado lo anterior, se desvirtúa parcialmente el cargo N° 1.

En relación con el incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la modalidad de libre elección, fundamentado en que según los antecedentes presentados al inicio de la fiscalización, en 88 registros no se detalla la identificación del profesional que otorgó la prestación; se revisaron detalladamente los registros presentados en los descargos, verificando que éstos cumplen con detallar la identificación del profesional que otorgó la prestación, que corresponde al Sr. Salvador Bustos Arellano, kinesiólogo que se encuentra informado en la planta profesional de la entidad.

Dado lo anterior, se desvirtúa el cargo N°2

Finalmente, es necesario mencionar que, con fecha 24 de septiembre de 2024, durante el desarrollo de la presente fiscalización, la entidad Sociedad Medica Butros Limitada, presentó una solicitud de actualización de su convenio incorporando 5 profesionales kinesiólogos a su planta profesional. Esta gestión es adecuada y fue autorizada a través del Oficio Ordinario 6S N° 22951 del 07 de octubre de 2024, no obstante, es importante que el prestador asimile, que de acuerdo con la normativa vigente, las entidades en convenio deben mantener siempre actualizada la planta profesional y otros antecedentes, comunicando a FONASA las modificaciones efectuadas de forma oportuna.

14. Que, en sesión del 10 de octubre de 2024, la Comisión Zonal de Fiscalización y Reclamos MLE, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, concluyó que las ordenes de atención y consecuentes prestaciones cobradas por la entidad, no cumplen con las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad de Libre Elección y que regulan la aplicación de su arancel; ya que, la entidad aportó antecedentes que contribuyen a desvirtuar parcialmente el cargo N°1.

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

“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 Res. Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Cargo asociado a 8 prestaciones, por un Monto Bruto de bruto de \$ 71.440 y un FAM de \$22.340.

A continuación, se detalla las prestaciones y montos involucrados en el cargo:

N° Cargo	Descripción	N°Prest.	M. Total \$	M. FAM \$	M. Copago \$
----------	-------------	----------	-------------	-----------	--------------

1	No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas	8	71.440	22.340	49.100
---	---	---	--------	--------	--------

16. Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de Amonestación y aplicar una multa proporcional a las infracciones constatadas, correspondiente a 1,9 UF, sanción que esta autoridad comparte. Asimismo, la comisión propuso ordenar el reintegro de las prestaciones objetadas por un monto de \$22.340, motivo por el cual dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLÍCASE a la entidad SOCIEDAD MEDICA BUTROS LIMITADA RUT. [REDACTED] como consecuencia de los cargos formulados en el Oficio Ordinario 5S N° 20706/2024 del 09 de septiembre de 2024 de este servicio, la sanción de **Amonestación** y el pago de una **Multa de 1,9 U.F.**, medidas contempladas en el inciso 8° del Art. 143 del D.F.L. N° 1 de 2005 que regula la Modalidad Libre Elección.

2. REINTÉGRESE, por la entidad el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas que equivalen a \$22.340.-

Dicho reintegro, deberá efectuarse en un plazo de 15 días hábiles desde notificada la presente Resolución, mediante transferencia electrónica a nombre de FONASA Rut.: 61.603.000-0 Banco Scotiabank, Cuenta Corriente del Azul N° 990000636.

El comprobante de la transferencia deberá enviarse al correo electrónico a mgana@fonasa.cl c/c jpalacios@fonasa.cl, reintegro_fam@fonasa.cl y contraloriamle@fonasa.cl

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

3. COMUNÍQUESE a la entidad 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 en el país. Este acto administrativo será ingresado a la TGR y se generara una cuenta tributaria personal a través del formulario 105, mediante este formulario se debe materializar el pago, en un plazo no superior a 15 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta Resolución, debiendo enviar copia del pago realizado al Departamento de Contraloría MLE, a través del correo electrónico contraloriamle@fonasa.cl, para 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 el despacho de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo oficinadeparteszcs@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"

**MAURICIO JARA LAVIN
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

DISTRIBUCIÓN:

D. JOAQUIN IGNACIO BUSTOS ARELLANO - [REDACTED]
D. JOAQUIN IGNACIO BUSTOS ARELLANO - [REDACTED]
AFECTA ART. 7 LETRA G, LEY 20.285



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

NskmpyOp

Código de Verificación

