



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



RESOLUCIÓN EXENTA 5S N° 11709 / 2024

**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR OSCAR AVILA
GUTIERREZ RUT: [REDACTED] EXPEDIENTE 92426 /
2023**

CONCEPCION , 18/10/2024

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I y II del D.F.L. N° 1/2005, del Ministerio de Salud; el reglamento contenido en el Decreto Supremo N° 369 de 1985, ambos del MINSAL; 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 N° 7 de fecha 02 de marzo de 2021 y sus modificaciones posteriores, la Resolución Exenta 277/2011 y sus modificaciones posteriores, 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; Resolución Exenta 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 2023 el Departamento de Contraloría de la Dirección Zonal Centro Sur, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador **Oscar Avila Gutiérrez RUT: [REDACTED]** respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre septiembre y diciembre 2023, teniendo como origen una denuncia asociada a SCE folio 1716575.
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, desde febrero 2022.
4. Que, el prestador presenta un proceso de fiscalización anterior, el año 2023, con cierre sin hallazgos.
5. Que, se recibió Solicitud ciudadana 1716575 denunciando cobro de prestaciones no efectuadas, por emisión de bono N° 407624103, sin consentimiento de beneficiaria.
6. Que, se obtuvieron 6 declaraciones de beneficiarios señalando emisión de bonos de Multicaja, sin su consentimiento
7. Que, los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema, presentan lo siguiente:
 - La cobranza del prestador desde el año 2023, presenta una cobranza de 37.206.640 millones de pesos, predominantemente con emisión de 3.054 bonos
8. Que, mediante Resolución exenta 5S N° 22666 del 21 diciembre del 2023, se le solicitaron antecedentes correspondientes a 274
9. Que, la Res. exenta 22666 /2023, se envía mediante Correos de Chile al domicilio declarado al Fondo, notificándose el día 27 diciembre 2023 con N° seguimiento 1179091147556.
10. Que, en base al análisis de la cobranza, se fiscalizó una muestra correspondiente a 275 beneficiarios con Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 313 prestaciones, del grupo 01 consulta médica, por un monto total de \$ 443.000.-

11. Que, dentro del plazo legal, prestador presentó documentación solicitada correspondiente a 274 beneficiarios.
12. Que, en el mes de diciembre 2023, se recibieron 6 declaraciones usuarias similares a la denuncia inicial, señalando emisión de bonos a su nombre como prestador, pero sin haber comprado bonos ni tampoco haber sido atendidos.
13. De acuerdo a lo anterior, se determinó suspender en forma transitoria su convenio como prestador, mediante Res. Exenta N° 5S N° 13835 del 29 septiembre 2023, con notificación vía carta certificada el día 3 enero 2024.
14. En el análisis de los antecedentes se establecen los siguientes hallazgos:
 - Falta de antecedentes de un beneficiario, lo que no permite verificar el registro de respaldo de 2 prestaciones cobradas al Fondo.
 - Se reciben 7 denuncias con emisión de 13 prestaciones de consulta médica general, no efectuadas.
 - De los antecedentes presentados, se verificó la falta de registros de respaldo en 27 prestaciones.
 - Cobro de 2 prestaciones con el sólo fin de emitir un certificado médico.
 - Que, un total de 12 prestaciones, no presentan registros de respaldo según lo exige la normativa vigente, ya que 4 prestaciones sólo presentan motivo de consulta, 4 presentan sólo exámenes para evaluación y 4 prestaciones sólo corresponden a emisión de receta médica.
15. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 1714 del 25 enero 2024, notificado por Correos de Chile el 13 febrero 2024 con el N° seguimiento 1179096789430, en los siguientes términos:

Cargo N° 1: "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:

"De prestaciones no realizadas" : Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.4) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Dicho cargo, se le asocia un total de 13 prestaciones contenidas en 13 BAS por un monto bruto de \$ 143.000 y un FAM de \$ 85.800 pesos.

Lo anterior, se fundamenta por la recepción de 7 denuncias de 7 beneficiarios los cuales declararon no haber comprado bonos código 0101001, emitidos al prestador Oscar Ávila Gutiérrez durante el periodo de septiembre a diciembre del 2023, así como tampoco haber recibido dichas atenciones, correspondiente a un total de 13 prestaciones cobradas al Fondo no realizadas, contraviniendo lo estipulado en el punto 6.2 letra b) de la Res. Exenta N° 277/2011 del MINSAL y sus modificaciones posteriores: "El cobro al Fondo por prestaciones de salud procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas".

Cargo N° 2: "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 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Dicho cargo, se le asocia un total de 29 prestaciones contenidas en 29 BAS por un monto bruto de \$ 319.000 y un FAM de \$ 191.400 pesos.

Lo anterior, se fundamenta en la falta de antecedentes de 1 beneficiario lo cual no permite verificar el registro de respaldo de 2 prestaciones. Por otra parte, de los antecedentes enviados, un total de 27 prestaciones cobradas al Fondo no contaban con el registro de respaldo que acreditara que dichas atenciones fueran efectivamente otorgadas a los beneficiarios involucrados, situación que contraviene lo estipulado en el punto 4 letra a), b), c) y c 2) de la Res. Exenta N° 277/2011 del MINSAL y sus modificaciones posteriores "En caso de no disponerse de este registro las prestaciones se tendrán por no efectuadas, salvo que el Fondo, fundadamente considere que las prestaciones fueron realizadas".

Cargo N° 3: "Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad Libre Elección; y que 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 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo anterior, se fundamenta en que, de los antecedentes presentados, 12 prestaciones cobradas al Fondo, no presentan un registro de respaldo de acuerdo a lo exigido por la normativa MLE, de los cuales, 4 solo describe motivo de consulta, 4 solo solicita exámenes para evaluación y 4 prestaciones solo emite receta médica, contraviniendo lo estipulado en la Normativa Técnica Administrativa que regula la Modalidad Libre Elección, la cual establece en el punto 7.1.1 " 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° 4: "Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley, es decir, que vulneren los principios de la modalidad de libre elección cuando no sean prestaciones que requieran los beneficiarios". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra c) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Dicho cargo, se le asocia un total de 2 prestaciones contenidas en 2 BAS por un monto bruto de \$ 22.000 y un FAM de \$ 13.200 pesos.

Lo anterior, se fundamenta en el cobro 2 prestaciones código 0101001, las cuales sólo presentan registro de una emisión de certificado médico.

16. Que, dentro del plazo legal, el prestador presentó descargos, señalando:

"Respecto a cargo número 1 se envían fichas clínicas de dichos usuarios avalando la prestación realizada, dado que se plantea que no se realizaron las prestaciones, no puedo como prestador asegurar que paciente atendido sea el asegurado, ya que al no ser quien emite Bono de prestación médica, no tengo como asegurar que dicha persona atendida sea efectivamente el asegurado, al no haber método de control de identidad, sería apropiado que al emitir prefolio se solicitara número de documento de carnet de identidad o clave única, debido a que solo se solicita RUT y cualquier persona podría hacer uso de seguro médico de otra persona".

Dado que, prestador señala "no puedo como prestador asegurar que paciente atendido sea el asegurado", sin embargo, en la Norma menciona que la calidad y veracidad de la información entregada durante la consulta médica, es responsabilidad del prestador. Además, las declaraciones realizadas por los 7 beneficiarios quienes señalan no haber comprado bonos ni ser atendidos por el prestador y no entrega nuevos antecedentes clínicos con relación a cargo formulado.

Por lo tanto, se mantiene a firme el cargo.

"Respecto a cargo número 2, se ruega revisar lista de fichas clínicas enviadas, ya que fueron enviadas las fichas que se dice no presentar respaldo de atención, dichas fichas fueron revisadas con encargada de sucursal Fonasa en la comuna de Linares, no faltando ninguna de ellas según lista enviada para fiscalización".

El prestador envía 274 fichas clínicas de las 275 solicitadas, sin embargo, no se registra la prestación fiscalizada. Además, prestador No entrega nuevos antecedentes clínicos, por otra parte, en 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.

Por lo tanto, se mantiene a firme el cargo.

"Respecto a cargos números 3 y 4 no se realiza ningún descargo", por lo tanto se mantienen a firme los cargos formulados.

17. En relación a los descargos recibidos, se debe considerar lo siguiente:

18. Que, el prestador fiscalizado firmó un convenio con el Fondo, el que corresponde a un acuerdo de voluntades destinado a crear derechos y obligaciones que debe ser de interés para ambos contratantes y cuya suscripción no es obligatoria para el Fondo y es la entidad en convenio la responsable de las presentaciones a cobro de órdenes de atención correspondientes a las prestaciones de salud otorgadas ante FONASA.

Los profesionales y entidades deberán registrar, todas las atenciones que realizan al paciente y conservarán las diferencias generales propias del tipo de atención de que se trate.

Para los efectos del ejercicio de la Modalidad de Libre Elección, de la aplicación del Arancel y de las Normas Técnico-Administrativas, constituye una infracción a la normativa no contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico.

El profesional o representante legal de una entidad, que firma un documento, es responsable de su contenido, ya sea para solicitar una prestación, valorizar un programa médico o presentar a cobro las órdenes de atención correspondiente a las prestaciones de salud otorgadas.

Los descargos presentados por el prestador no permiten desvirtuar los cargos formulados en forma específica, por lo que se mantienen a firme en su totalidad.

19. Que, de esta manera, los registros son fundamentales, no solo para los procesos de fiscalización, sino para el adecuado control de las atenciones otorgadas a los pacientes de cada prestador y por cierto beneficiarios de FONASA, siendo responsabilidad absoluta de éste su resguardo y seguridad, debiendo contar con los respaldos necesarios para que, en caso de pérdida de los originales, cualquiera sea la causa, pueda siempre recurrirse a los registros respaldados.

El profesional o representante legal de una entidad, que firma un documento, es responsable de su contenido, ya sea para solicitar una prestación, valorizar un programa médico o presentar a cobro las órdenes de atención correspondiente a las prestaciones de salud otorgadas.

20. Que, en sesión del 18 julio 2024, la Comisión Nacional de Sanción y Reclamos MLE, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, concluyó que las prestaciones cobradas por la entidad, 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 los antecedentes presentados no permitieron desvirtuar los cargos formulados, manteniéndose a firme.

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:

1. - “Cobro de prestaciones no realizadas”, lo cual contraviene lo señalado en el punto 30.1 letra b.4) de la Res Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

El detalle de las prestaciones irregulares es el siguiente:

Folio BAS	Código Prestación	N° de Prestaciones Irregulares	Monto Total Irregular	Monto FAM irregular	Monto Copago Irregular
414878911	101001	1	11.000	6.600	4.400
414816411	101001	1	11.000	6.600	4.400
414859214	101001	1	11.000	6.600	4.400
415175673	101001	1	11.000	6.600	4.400
414620487	101001	1	11.000	6.600	4.400
414857508	101001	1	11.000	6.600	4.400
414859395	101001	1	11.000	6.600	4.400
414044656	101001	1	11.000	6.600	4.400
414622123	101001	1	11.000	6.600	4.400
414817339	101001	1	11.000	6.600	4.400
414859438	101001	1	11.000	6.600	4.400
407624103	101001	1	11.000	6.600	4.400
415182669	101001	1	11.000	6.600	4.400

2.- “No contar con los registros de respaldo 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.

El detalle de las prestaciones irregulares es el siguiente:

Folio BAS	Código Prestación	N° de Prestaciones Irregulares	Monto Total Irregular	Monto FAM irregular	Monto Copago Irregular
413799840	101001	1	11.000	6.600	4.400
414273317	101001	1	11.000	6.600	4.400
414857685	101001	1	11.000	6.600	4.400
413189876	101001	1	11.000	6.600	4.400

414045358	101001	1	11.000	6.600	4.400
415186560	101001	1	11.000	6.600	4.400
414849228	101001	1	11.000	6.600	4.400
414407276	101001	1	11.000	6.600	4.400
413401325	101001	1	11.000	6.600	4.400
415068609	101001	1	11.000	6.600	4.400
413995633	101001	1	11.000	6.600	4.400
413801370	101001	1	11.000	6.600	4.400
415001178	101001	1	11.000	6.600	4.400
413123905	101001	1	11.000	6.600	4.400
414741086	101001	1	11.000	6.600	4.400
414150437	101001	1	11.000	6.600	4.400
414022036	101001	1	11.000	6.600	4.400
414758517	101001	1	11.000	6.600	4.400
413375235	101001	1	11.000	6.600	4.400
414911757	101001	1	11.000	6.600	4.400
414817708	101001	1	11.000	6.600	4.400
414407115	101001	1	11.000	6.600	4.400
414223220	101001	1	11.000	6.600	4.400
414743365	101001	1	11.000	6.600	4.400
414924429	101001	1	11.000	6.600	4.400
415060986	101001	1	11.000	6.600	4.400
414228746	101001	1	11.000	6.600	4.400
414818832	101001	1	11.000	6.600	4.400
414857913	101001	1	11.000	6.600	4.400

3.- "Incumplimiento de las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad 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 ", lo cual contraviene lo señalado en el punto 30.1 letra a) de la Res Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

El detalle de las prestaciones irregulares es el siguiente:

Folio BAS	Código Prestación	N° de Prestaciones Irregulares	Monto Total Irregular	Monto FAM irregular	Monto Copago Irregular
414620179	101001	1	11.000	6.600	4.400
413204020	101001	1	11.000	6.600	4.400
414221993	101001	1	11.000	6.600	4.400
413401081	101001	1	11.000	6.600	4.400
414630899	101001	1	11.000	6.600	4.400
413765713	101001	1	11.000	6.600	4.400
413343100	101001	1	11.000	6.600	4.400
413398834	101001	1	11.000	6.600	4.400
413801286	101001	1	11.000	6.600	4.400
414058599	101001	1	11.000	6.600	4.400
413342857	101001	1	11.000	6.600	4.400
414681804	101001	1	11.000	6.600	4.400

4. - "Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley, es decir, que vulneren los principios de la modalidad de libre elección cuando no sean prestaciones que requieran los beneficiarios". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra c) de la Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

El detalle de las prestaciones irregulares es el siguiente:

Folio BAS	Código Prestación	N° de Prestaciones Irregulares	Monto Total Irregular	Monto FAM irregular	Monto Copago Irregular
413983310	101001	1	11.000	6.600	4.400
413801539	101001	1	11.000	6.600	4.400

A continuación, en la siguiente tabla, se detallan las prestaciones y montos involucrados en los cargos a firme:

Irregularidad detectada	N° prestaciones Irregulares	Monto total	Monto FAM	Monto copago
CARGO N° 1 De prestaciones no efectuadas	13	143.000	85.800	57.200
CARGO N° 2 No contar con registro de respaldo por las prestaciones realizadas	29	319.000	191.400	127.600
CARGO N° 3 Incumplimiento a las Normas legales por emisión de BAS sólo por solicitud exámenes, receta médica y/o motivo de consulta.	12	132.000	79.200	52.800
CARGO N°4 Emisión de ordenes de atención con fines distintos. Por emisión de certificado médico	2	22.000	13.200	8.800
Total	56	\$616.000	\$369.600	\$246.400

Atendido los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de Amonestación del convenio MLE que mantiene la entidad con el FONASA y aplicar una multa acorde al monto bruto total infraccionado, sanción que esta autoridad comparte, motivo por el cual dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLÍCASE, al prestador Oscar Avila Gutiérrez RUT: [REDACTED], como consecuencia de los cargos formulados mediante Oficio Ordinario 5S N° 1714 del 25 enero 2024, de este servicio, la sanción de Amonestación y pago de Multa de 16,37 UF, 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 el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas, que equivalen a \$ 143. 000.-

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 y reintegros_fam@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 de 16,37 UF 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. Esta 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 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 el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

4. NOTIFÍQUESE esta Resolución al prestador, la que producirá sus efectos al momento de la notificación, que se efectuará al domicilio indicado en el respectivo convenio de inscripción en la Modalidad Libre Elección registrado en Fonasa, enviándose por carta certificada. En este último caso, se entenderá notificado al tercer día de despachada la carta.

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 contraloriamle@fonasa.gov.cl.

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:

LA INDICADA / [REDACTED]

AFECTA A LEY 20285/ 2008

[REDACTED]

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

SPGHSFUu

Código de Verificación

