

**INFORME AUDITORIA FINAL N°00001/2024**

**ANT:** Pre-Informe de Auditoría N°21, de fecha 30 de junio de 2023, de la Dirección de Control Interno

Memo DDC N°490, de fecha 4 de septiembre de 2023, de la Dirección de Desarrollo Comunitario

**MAT:** Informe Final de Auditoría a la Licitación ID 2735-89-LR20.

**LO BARNECHEA, 05-01-2024**

**DE: DIRECTOR DE CONTROL INTERNO(S)**

**A : ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL  
DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO  
DIRECCIÓN DE SALUD**

En estricto cumplimiento del Plan de Auditoría 2023, este Informe Final de Auditoría detalla las revisiones realizadas a los contratos que mantiene la Municipalidad de Lo Barnechea, con **Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A., RUT 76.871.990-K, Clínica MEDS La Dehesa, RUT 76.336.039-3 y la Unión Temporal de Proveedores conformados por Servicios Médicos Tabancura SpA., RUT 78.053.560-1 y Centro de Diagnóstico Tabancura S.A., RUT 96.923.250-2**, de acuerdo a lo establecido en la letra a) del artículo 29° de la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades. Asimismo, como marco de referencia, se han utilizado como normas de control interno las impartidas por Contraloría General de la República en su resolución exenta N°1962 de 2022, que aprueba normas sobre Control Interno.

**MARCO LEGAL**

Ley N°18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, el que en su artículo N°4, indica que *“Las municipalidades, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado funciones relacionadas con, letra b) la salud pública y la protección del medio ambiente”*.

Ley N°19.886 de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios, el que en su artículo N°1 señala que *“Los contratos que celebre la Administración del Estado, a título oneroso, para el suministro de bienes muebles, y de los servicios que se requieran para el desarrollo de sus funciones, se ajustarán a las normas y principios del presente cuerpo legal y de su reglamentación. Supletoriamente, se les aplicarán las normas de Derecho Público y, en defecto de aquéllas, las normas del Derecho Privado”*.

Ley N°20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, el que en su artículo N°12 señala que *“La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y*

*confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella.*

*Toda información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidos las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley N°19.628”.*

Dictamen N°810.880, del 15 de diciembre de 2022, el que en su inciso 10 señala *“el acceso por parte de la unidad de control a las mencionadas fichas clínicas resulta indispensable para que esta pueda ejercer sus funciones propias, esto es, realizar la auditoría interna a la dirección de desarrollo comunal y a la gestión de listas de espera del CESFAM comunal, puesto que solo mediante dicho examen podrá determinar si esas reparticiones se han ajustado a los principios de eficacia, eficiencia y economicidad en el cumplimiento de sus fines”.*

## **ANTECEDENTES GENERALES**

- 1- Decreto DAL N°954, de fecha 17 de septiembre de 2020, mediante el cual se aprobaron las bases para la licitación *“Servicio de prestaciones médicas y procedimientos de listas de espera”*, bajo la ID N°2735-89-LR20 que contenía seis líneas.
  - Línea 1: Especialidad Oftalmología
  - Línea 2: Especialidad Traumatología
  - Línea 3: Colelitiasis
  - Línea 4: Hernias
  - Línea 5: Especialidad Vasculat
  - Línea 6: Especialidad Gastroenterología (Endoscopía)

Este decreto, en su punto *“2.1. Garantía de Seriedad de la Oferta”* y *“2.2. Garantía de fiel y oportuno cumplimiento de Contrato”*, señala que el número de licitación pública es el ID N°2735-64-LR20, la que no corresponde a la licitación pública auditada, ya que es la señalada precedentemente.

- 2- Con fecha 16 de octubre de 2020, mediante Decreto DAL N°1036, la Dirección de Compras Públicas y Gestión de Contratos, modifica el Decreto DAL N°954/2020 y, aprueba respuestas a la licitación pública *“Servicio de prestaciones médicas y procedimientos de lista de espera”*.
- 3- Mediante el Decreto DAL N°1215, de fecha 27 de noviembre de 2020, se adjudica licitación pública de las 6 líneas ofertadas, según el siguiente detalle (Se incluye presupuesto ejecutado a la fecha de la presente auditoría y saldo):

**DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO  
DEPTO. DE AUDITORÍA**

Línea	Oferente	Rut	Garantía	Presupuesto Disponible	Presupuesto Ejecutado	Saldo
Línea 1	Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalarias S.A.	76.871.990-K	\$21.011.713	\$140.078.088	\$37.559.136	\$102.518.952
Línea 2	Clínica Meds La Dehesa SpA.	76.336.039-3	\$41.170.028	\$274.466.850	\$242.854.663	\$31.612.187
Línea 3	Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalarias S.A.	76.871.990-K	\$7.387.580	\$49.250.530	\$34.100.844	\$15.149.686
Línea 4	Servicios Médicos Tabancura SpA. En Unión Temporal de Proveedores con Centro de Diagnóstico Tabancura SpA.	76.053.560-1 96.923.250-2	\$11.339.135	\$75.594.234	\$49.891.322	\$25.702.912
Línea 5	Clínica Meds La Dehesa SpA.	76.336.039-3	\$22.770.093	\$151.800.620	\$135.369.872	\$16.430.748
Línea 6	Servicios Médicos Tabancura SpA. En Unión Temporal de Proveedores con Centro de Diagnóstico Tabancura SpA.	76.053.560-1 96.923.250-2	\$2.874.829	\$19.165.524	\$5.615.220	\$13.550.304

- 4- La empresa Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A., RUT 76.871.990-K, se adjudicó las líneas 1 y 3, correspondientes a las especialidades de Oftalmología y Colelitiasis respectivamente, materializándose ello mediante la suscripción de los contratos con dicha empresa, ambos con fecha de 08 de enero de 2021, los que fueron aprobados mediante Decreto DAL N°118, de fecha 01 de febrero de 2021 y Decreto DAL N°121, de fecha 02 de febrero de 2021, respectivamente.
- 5- La empresa Clínica MEDS la Dehesa, RUT 76.366.039-3, se adjudicó las líneas 2 y 5, correspondientes a la Especialidad Traumatología y Especialidad Vascular, materializándose mediante la suscripción de los contratos ambos con fecha 24 de diciembre de 2020, siendo estos aprobados mediante Decreto DAL N°07 y Decreto DAL N°08, ambos del 04 de enero de 2021.
- 6- La Unión Temporal de Proveedores, conformada por Servicios Médicos Tabancura SpA., RUT 78.053.560-1 y Centro de Diagnóstico Tabancura SpA., RUT 96.923.250-2, se adjudicó las líneas 4 y 6, correspondientes a Hernias y Especialidad Gastroenterología (Endoscopías) respectivamente, materializando la adjudicación y suscripción de los contratos, mediante los Decreto DAL N°085 y 086, ambos de fecha 27 de enero de 2021, respectivamente.

## **METODOLOGIA**

La metodología utilizada para esta auditoría es la contenida en la norma ISO 9001 en su versión P.DCI.02, e incluyó solicitud, análisis de documentos, informes y otros antecedentes necesarios. La metodología es aplicable a todas las auditorías internas de las distintas direcciones y áreas de la Municipalidad de Lo Barnechea.

## **ALCANCE**

La presente revisión, contempla el análisis de la licitación ID 2735-89-LR20 y los diferentes decretos de adjudicación y aprobación de los contratos convenidos con los

diferentes proveedores de servicios, participantes de la licitación. Dentro de la mencionada revisión, se seleccionó una muestra correspondiente a fichas de protección social de las personas incluidas en el programa y de las fichas médicas de las personas que fueron efectivamente atendidas, todo esto con el fin de corroborar el correcto funcionamiento del programa.

## **OBSERVACIONES REALIZADAS**

### **I. Matriz de Riesgo**

En el Pre-Informe N°21, de fecha 30 de junio de 2023, de la Dirección de Control Interno, se revisó la matriz de riesgo del proceso del Programa Más y Mejor Salud en Lo Barnechea, para lo cual esta unidad sugirió una serie de recomendaciones al respecto, para las que la Dirección de Desarrollo Comunitario, mediante el Memo DDC N°490, de fecha 4 de septiembre de 2023, remitió los siguientes comentarios:

- 1- Inscripción Programa: Se recomienda incluir como riesgo en este proceso, que el beneficiario no sea residente de la comuna al momento de recibir el beneficio, ya que durante la revisión de la muestra se detectaron casos donde este riesgo se materializó.

**La Dirección de Desarrollo Comunitario acogió la recomendación e incluyó el riesgo en su matriz.**

- 2- Evaluación Socioeconómica: Para el riesgo de que “No se logre justificar, según evaluación social, la situación de vulnerabilidad o necesidad manifiesta”, se recomienda subir la probabilidad de ocurrencia de improbable a probable, ya que durante la revisión de la muestra se detectaron casos donde este riesgo se materializó.

**La Dirección de Desarrollo Comunitario indica que “para este tipo de beneficio no corresponde la evaluación socioeconómica, sólo la necesidad de salud y que se encuentre en la lista de espera del centro de salud comunal y/o Hospital Público”, por lo que no se acoge la recomendación.**

- 3- Otorgar atención hospitalaria: Para el riesgo de “Que le cobren mal el día cama, si el paciente requiere más días cama de hospitalización y la clínica no envía el formulario de solicitud de prolongación”, se recomienda subir la severidad del riesgo a alto, puesto que, esto implicaría un desembolso adicional de efectivo para el municipio, o en su defecto, para el beneficiario.

**La Dirección de Desarrollo Comunitario acoge la recomendación y sube el riesgo a alto, puesto que, “...principalmente afectaría en un desembolso para el paciente que no correspondería”.**

- 4- Otorgar atención quirúrgica: Para el riesgo de “Que operen al paciente con un código que no está incluido en el convenio”, se recomienda subir la severidad del riesgo a alto, puesto que, esto implicaría pagos fuera de licitación, un mayor desembolso de efectivo para el municipio, o en su defecto, para el beneficiario.

**La Dirección de Desarrollo Comunitario acoge la recomendación, pero señala que “...se nos sugiere aumentar el riesgo a alto, no obstante, consideramos que la severidad extrema, es la que nosotros consideramos adecuada ya que**

***si esto ocurre no podríamos pagar las prestaciones otorgadas, quedando una deuda directa al paciente”.***

- 5- Proceso de facturación: Para el riesgo que indica “Retraso en el proceso de facturación por parte de la clínica en la entrega de carpetas médicas”, se recomienda subir la probabilidad de ocurrencia de moderado a probable, puesto que, durante la revisión de la muestra se detectaron casos donde este riesgo se materializó.

**La Dirección de Desarrollo Comunitario acoge la recomendación, aumentando la probabilidad de ocurrencia de moderado a probable.**

- 6- Se sugiere incluir una nueva etapa, correspondiente al proceso de pago por parte de la Municipalidad de Lo Barnechea, donde se recomienda incluir como riesgo, que la documentación adjunta en la facturación no sea exacta ni completa y se ejecuten pagos sin contar con la totalidad de bonos, órdenes médicas, voucher de pago, etc.

**La Dirección de Desarrollo Comunitario señala que “No se contemplará omitir entrega de bonos, ya que es la documentación de respaldo de otorgamiento de la prestación en pacientes con FONASA B-C y D”.**

**Finalmente, la Dirección de Desarrollo Comunitario señala que “Cabe mencionar que durante el año 2023 se trabaja en una nueva Matriz de Riesgo, relacionado con las tareas y funciones del ITS, a propósito de todos los contratos que maneja el Programa Mejor Salud”, la cual adjunta en su respuesta.**

## **II. Revisión de la Muestra**

Respecto de la gestión de listas de espera, se procedió a seleccionar una muestra aleatoria, correspondiente a los beneficiarios de las 6 líneas licitadas, obteniendo los siguientes resultados:

### **Revisión de la documentación:**

- 1- Se procedió a la revisión de la documentación correspondiente al Registro Social de Hogares, constatándose que existen 5 beneficiarios que no contaban con domicilio en la comuna, al momento de la atención, lo que vulnera lo establecido por la Contraloría General de la República en su Dictamen N°55.950 del año 2012, el que en su párrafo 6° señala “Agrega la citada jurisprudencia, que corresponde al municipio evaluar las condiciones en que se encuentran los requirentes de la asistencia social -los que deben ser habitantes de la comuna de que se trate, atendido que las funciones municipales deben ejercerse dentro del respectivo territorio local-, a través de los correspondientes informes sociales, pudiendo para tales efectos elaborar y aplicar los métodos, sistemas y procedimientos que estime más adecuados, siempre que ellos sean objetivos y de aplicación general”. Se detallan dichos beneficiarios, en el Anexo N°2.

**Respecto de esta observación, la Dirección de Desarrollo Comunitario señala que “De las cinco personas sin domicilio en la comuna que observan, tres de ellas si tienen y se adjunta cartola histórica del Registro Social de Hogares en los anexos, respecto de las dos faltantes, en ese año no se solicitaba por el Programa, ya que estos pacientes vienen derivados desde el Centro de Salud Familiar y ellos hacían el primer filtro con el proceso de inscripción al CESFAM”.**

Se revisa la información remitida por la Dirección de Desarrollo Comunitario respecto de los 5 casos informados, observando lo siguiente:

- Respecto de la beneficiaria Patricia [redacted], RUT [redacted], según la planilla correspondiente a la línea 2, señala que la beneficiaria fue operada con fecha 9 de marzo de 2021, fecha en la que la beneficiaria figura con su RSH en la comuna de San Joaquín, por lo que se mantiene la observación.
  - Respecto de la beneficiaria Veronika [redacted], RUT [redacted], fue ingresada al programa con fecha 10 de febrero de 2021, fecha en que no contaba con Registro Social de Hogares, siendo su primera inscripción en agosto de 2021 en la comuna de Lo Barnechea y acreditando que era beneficiario directo por estar en lista de espera, por lo que se subsana la observación.
  - La beneficiaria Elvira [redacted], RUT [redacted] fue ingresada al programa con fecha 22 de enero de 2021 y operada con fecha 19 de junio de 2021, fechas en la que figuraba con su Registro Social de Hogares, en la comuna de Pudahuel, por lo que se mantiene la observación.
  - La beneficiaria Zaida [redacted], RUT [redacted], fue ingresada al programa con fecha 21 de enero de 2021 y operada con fecha 19 de junio de 2021, fechas en la que figuraba con su Registro Social de Hogares, en la comuna de San Bernardo, por lo que se mantiene la observación.
  - Respecto del beneficiario Abel [redacted], RUT [redacted], fue ingresado al programa con fecha 20 de abril de 2020, fecha en que no contaba con Registro Social de Hogares, siendo su primera inscripción en junio de 2020 en la comuna de Lo Barnechea y acreditando que era beneficiario directo por estar en lista de espera, por lo que se subsana la observación.
- 2- Se observaron 6 beneficiarios que se encuentran por sobre el 70% de menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica, registrados en el Registro Social de Hogares, lo que vulnera lo establecido por la Contraloría General de la República en su Dictamen N°55.950 del año 2012, el que en su párrafo 5° señala "...que el cumplimiento de la función municipal de asistencia social aludida, debe considerarse referido a procurar los medios indispensables que permitan paliar las dificultades de las personas que se encuentren en una situación de indigencia o de necesidad manifiesta, debiendo entenderse por "estado de indigencia" la carencia absoluta de medios de subsistencia, un estado permanente de escasez de recursos, y por "necesidad manifiesta", la carencia relativa e inmediata de los medios para subsistir, esto es, un estado transitorio en que si bien el individuo dispone de los medios para subsistir, estos resultan escasos frente a un imprevisto". Es por lo anterior, que se solicita remitir la documentación correspondiente a los informes sociales que acrediten necesidad manifiesta del beneficiario. Se detallan dichos beneficiarios en el Anexo N°3.

**Para esta materia, la Dirección de Desarrollo Comunitario señala que en este punto "Se observan 6 beneficiarios que se encuentren con porcentaje superior al 70% de mayores ingresos y menor vulnerabilidad, no obstante, la evaluación socioeconómica no es un requisito para acceder a este beneficio, sólo se mide la necesidad de salud, la que se respalda con el certificado emitido por el**

*Centro de Salud Familiar. Cabe mencionar que el sistema público de salud en Chile representa deficiencia e inquietudes para resolver las necesidades que la población requiere en este ámbito esto se refleja en hospitales en estado precario, infraestructura hospitalaria y camas deficitarias, falta de tecnología de punta y dificultades serias de acceso a la atención médica entre otras.*

*Por otro lado, la Constitución respalda en su artículo 9°.- El derecho a la protección de la salud, específicamente, “El estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud”, así también la Ley Municipal N°18.695, también lo indica en su artículo 4, letras b) y c), por otra parte, la Municipalidad de Lo Barnechea en su Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO 2022-2030), aprobado por decreto DAL N°979 de fecha 23 de septiembre de 2022, indica en el Capítulo IV Cartera de proyectos que genera equidad y bienestar social, N°24, sub-eje tratamiento del proyecto ampliación Programa Salud y Bienestar, tiene el propósito de promover el desarrollo integral de los vecinos, a través de una inversión social que busque contribuir a mejorar su calidad de vida y bienestar social”.*

Al respecto, esta Dirección de Control Interno, señala que el Decreto DDC N°101, de fecha 7 de julio de 2022, de la Sección Familia, de la Dirección de Desarrollo Comunitario, señala en el primer párrafo de su Título “I Justificación”, que “La Municipalidad de Lo Barnechea se encuentra permanentemente preocupada por generar nuevas políticas locales dirigidas a todos los vecinos que se encuentren en estado de necesidad manifiesta. Dentro de estas necesidades, las más frecuentes son las que dicen relación con salud, en cuanto a acceso oportuno a especialistas, prestaciones quirúrgicas con protección financiera, salud mental, salud dental, entre otras, siendo un factor fundamental para el desarrollo y crecimiento de la comuna”. Por otra parte, el Título “V. Destinatarios”, en su punto Beneficiarios Directos, señala que son 4 los tipos de beneficiarios que pueden acceder al programa directamente, los cuales son los siguientes:

1. Podrán acceder al Programa todos los vecinos de la comuna de Lo Barnechea que cuenten con los requisitos estipulados en el Programa, con el fin de acceder a un sistema de salud integral.
2. Que cuenten con Registro Social de Hogares y que pertenezcan al 70% más vulnerable, en caso de no contar con él o superar el porcentaje, se acredita situación de estado de necesidad con Informe Social.
3. Vecinos que se encuentren en lista de espera para especialidades ambulatorias, quirúrgicas, tratamiento y área dental.
4. Podrán acceder a todas las prestaciones del programa, las personas beneficiarias del subsidio habitacional del Campamento Juan Pablo II y que han sido residentes de la comuna de Lo Barnechea, pero que momentáneamente se encuentran arrendando en otras comunas. Esto se verificará a través de la emisión de un Certificado, documento formal o planilla Excel para corroborar información entregada por parte de un funcionario del Departamento de Vivienda.

Por otra parte, el Dictamen N°E210590, de 2022, en su párrafo cuarto, señala lo siguiente: “... es del caso recordar que en conformidad con lo dispuesto en el artículo 4°, letra c), de la ley N°18.695, los órganos comunales se encuentran habilitados para desarrollar funciones relacionadas con la asistencia social, para lo cual, en concordancia con lo manifestado en el dictamen N°55.950, de 2012, pueden, en lo que interesa, entregar ayuda a personas en estado de necesidad manifiesta”, en tanto, los párrafos séptimo y octavo señalan “Así, corresponde a los municipios evaluar las condiciones en que se encuentran

**los requirentes de la asistencia social -los que deben ser habitantes de la comuna de que se trate, atendido que las funciones municipales deben ejercerse dentro del respectivo territorio local-, a través de los correspondientes informes sociales, considerando para tales efectos los métodos, sistemas y procedimientos que estimen más adecuados, siempre que ellos sean objetivos y de aplicación general (aplica criterio contenido en los dictámenes N°s. 55.950 y 68.412, ambos de 2012).**

***Luego, no se advierte impedimento para que las municipalidades requirentes, en ejercicio de sus facultades relacionadas con la asistencia social y cumpliendo con las exigencias mencionadas, puedan prestar la ayuda por la que se consulta a sus vecinos”.***

Dicho lo anterior, a juicio de esta Dirección de Control Interno, los parámetros N°s. 1, 2 y 3, para ser beneficiarios directos del programa, establecidos en el Decreto DDC N°101/2022, **deben ser copulativos**, puesto que, tanto el programa establecido en el mencionado decreto como el citado dictamen de la Contraloría General de la República, indican que es imprescindible que los beneficiarios sean vecinos de la comuna y que se encuentren en situación de necesidad manifiesta.

Las observaciones realizadas en este punto se consideran subsanadas, puesto que, los beneficiarios cumplían con los requisitos para ser beneficiarios directos del programa. Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con lo señalado por DIDECO, se mantiene la observación, en el sentido de que las futuras bases de licitaciones por programas de la misma naturaleza que el auditado, consideren que estos requisitos sean copulativos para el otorgamiento directo de los beneficios.

- 3- Respecto del documento denominado "Carta de compromiso para ingresar al programa más y mejor salud en Lo Barnechea o el que lo remplace para cirugías y/o procedimientos complejos y consentimiento expreso Ley N°20.584", se observó que los antecedentes de la beneficiaria Regina De Las Mercedes no contaban con el mencionado documento.

**Al respecto, la Dirección de Desarrollo Comunitario, señala que el mencionado documento se encuentra en la carpeta donde se compartieron los antecedentes solicitados en la muestra, constatándose la veracidad de ello, por lo que se subsana la observación.**

- 4- Por otra parte, se observaron 4 cartas de compromiso que no cuentan con la firma del beneficiario, las que se detallan en el Anexo N°4.

**En cuanto a este punto, la Dirección de Desarrollo Comunitario señala que “En relación con el punto 4 donde indican que 4 personas no tienen la firma de la carta de compromiso del Sr. Óscar Ocampo Berrio (Línea 4) y Dina Santibañez Soto (Línea 5), dos de ellas se encontraban mal escaneadas, por lo cual se subsanan de los pacientes Jeanette Farías y María Cristina Zamorano y se suben nuevamente a carpeta compartida...” lo cual es constatado por esta Dirección, por lo que procede subsanar la observación.**

- 5- Se observaron 6 cartas de compromiso que no señalan el domicilio del beneficiario. Se detallan los casos en el Anexo N°5.

La Dirección de Desarrollo Comunitario señala que **“Se adjuntan las 6 cartas de compromisos con los distintos domicilios de los beneficiarios de línea 1 y línea 4, subsanando lo solicitado por vuestra unidad”**, lo que fue constatado por esta dirección de Control, por lo que procede subsanar la observación.

**Revisión de los pagos:**

- 1- Respecto de los pagos realizados, asociados al programa, se observaron 11 casos en los que no se aplicaron las bonificaciones de FONASA y los descuentos señalados en los aranceles establecidos por la Superintendencia de Salud. Se detallan estos casos, en el Anexo N°6.

La Dirección de Desarrollo Comunitario, señala que **“Respecto de los pagos realizados asociados al Programa, en donde se observaron 11 casos de los que no se aplicaron bonificación de FONASA, se puede indicar que el paciente Daniel Puga Arriagada es paciente FONASA A, por tanto, no existe la bonificación para aquello, Sra. Veronika Villar no posee bonos, ya que al momento de realizar la prestación se encontraban bloqueados para acceder al portal web, se adjunta certificado del proveedor, asumiendo la pérdida de la bonificación.**

**Respecto a los 9 pacientes restantes si poseen la bonificación, se adjunta vóucher de expediente médico enviado a pago. Cabe mencionar que estos documentos si se encontraban en las carpetas de los pacientes al momento de esta auditoría”.**

Se procedió a la revisión de la documentación adjunta, donde se constata que lo señalado para los beneficiarios Daniel Puga Arriagada y Veronika Villar Villafuerte es efectivo, por lo que se subsanan las observaciones para estos dos beneficiarios.

Respecto de los 9 beneficiarios restantes, se pudo verificar que la Dirección de Desarrollo Comunitario adjuntó los respaldos correspondientes, por lo que se subsana la observación.

- 2- Se observaron los pagos de Carlos Jiménez y María Santos, que presentan diferencias entre el monto pagado y el arancel de la Superintendencia de Salud.

La Dirección de Desarrollo Comunitario, señala que **“En el punto 2 indica que no cuadran los montos pagados de los pacientes Carlos Jiménez (Línea 3) y María Santos Fuentealba (Línea 4), se revisan cunetas nuevamente, bajo arancel del año 2021, ya que fueron pacientes atendidos antes del 28-2-22, fecha en que se reajustaron los valores del arancel de FONASA. Los que se encuentran bien pagados de acuerdo a esta segunda revisión. Cabe explicar que el arancel de FONASA de un año es válido hasta el reajuste oficial”.**

Al respecto, esta unidad, volvió a realizar la revisión de la documentación correspondiente a los dos beneficiarios mencionados, constatándose lo señalado por DIDECO, por lo que procede subsanar la observación.

- 3- Se observaron que los pagos de Yolanda Caballero y Nicole Aravena no cuentan con sus respectivos antecedentes (comprobantes de bonos).

Al respecto, la Dirección de Desarrollo Comunitario indica que **“En el punto 3 indica que faltan Bonos de Yolanda Caballero, se sube expediente completo a**

*carpeta compartida. Respecto de Nicole Aravena, se visualiza que si están los expedientes en la carpeta compartida Línea 3 ruta Z:\Depto. Social y Control Interno\Más Salud\Lista de espera\Licitación 2735-89-LR20”.*

Esta Dirección de Control, procedió a la revisión de los mencionados documentos, constatando que el expediente completo de Yolanda Caballero fue subido a la carpeta, al igual que el expediente de Nicole Aravena, por lo que se subsana la observación.

- 4- Se observaron prestaciones de 7 beneficiarios, que no cuentan con sus respectivos pagos. Se adjunta detalle de estas prestaciones, en el Anexo N°7.

**Respecto de esta observación, la Dirección de Desarrollo Comunitario indica que “En cuanto a este punto, efectivamente aún nos encontramos en proceso de facturación y pago de la línea 1 y 3, ya que en reiteradas ocasiones las cuentas han sido devueltas al proveedor por errores en los cobros, actualmente se encuentran todas en proceso de pago en las distintas direcciones revisoras”.**

**Atendido lo anterior, se procedió a la revisión de lo señalado por DIDECO, constatándose lo siguiente:**

- **Juana Fuentes Díaz:** Estado de pago se encuentra pendiente, a la espera de la facturación por parte del proveedor, por lo que se mantiene la observación.
- **Lucía Avalos Riquelme:** No se cuenta con antecedentes de pago ni proceso de pago, respecto de esta beneficiaria, por lo que se mantiene la observación.
- **Rene Calbullanca Mariñan:** No se cuenta con antecedentes de pago ni proceso de pago, respecto de este beneficiario, por lo que se mantiene la observación.
- **Maide Jara Morales:** No se cuenta con antecedentes de pago ni proceso de pago, respecto de esta beneficiaria, por lo que se mantiene la observación.
- **Elvira Neihual Catrilaf:** Prestación pagada mediante HES N°1022064199, por lo que se subsana la observación.
- **Regina Vásquez Rosales:** Pago se encuentra pendiente, a la espera de la facturación por parte del proveedor, por lo que se mantiene la observación.
- **Dina Santibañez Soto:** Prestación pagada mediante HES N°1022103966, por lo que se subsana la observación.

**Dicho lo anterior, se hace necesario que la Dirección de Desarrollo Comunitario, tome las medidas necesarias, para que los proveedores procedan a realizar la facturación de los servicios prestados, puesto que, por ejemplo, el pago de la beneficiaria Juana Fuentes Díaz se encuentra pendiente de facturación, en tanto su HES N°3611, fue aprobada con fecha 04 de octubre de 2023 y el beneficio (cirugías) fue prestado con fecha 28 de enero y 04 de febrero de 2022, es decir, aún no han sido pagados servicios prestados hace ya 24 meses, lo que vulnera los principios de eficiencia y eficacia, establecidos en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, así como también la correcta ejecución presupuestaria anual, del programa.**

- 5- Se solicita explicación de 8 casos pagados, puesto que no fue posible cuadrar los montos, de acuerdo con la licitación y los aranceles de la Superintendencia de Salud. Los casos se detallan en el Anexo N°8.

La Dirección de Desarrollo Comunitario, en su respuesta, señala que *“En relación con el anexo 8 en cuanto a que no fue posible cuadrar los montos, se informa que nuevamente se revisaron las cuentas, acorde a la oferta económica de los anexos y los aranceles del año 2021 y 2022 según corresponda, se adjunta vóucher y las cuentas de los pacientes”*. Al respecto, se procedió a la revisión de los montos, constatándose que los montos indicados por la Dirección de Desarrollo Comunitario son correctos, por lo que, procede subsanar la observación.

#### **Revisión 100% documentación de pagos, líneas 2, 4 y 6:**

Debido a las observaciones formuladas en la revisión de la muestra, se procedió a revisar, en su totalidad la documentación correspondiente a los pagos de las líneas 2, 4 y 6, puesto que **se encuentran pagadas en más de un 90%**, donde se observaron las siguientes situaciones.

- 1- Existen pagos, en los que no fueron aplicadas las bonificaciones de FONASA correspondientes, detalladas en los aranceles establecidos en las ofertas económicas remitidas por los prestadores de servicios. Por ejemplo, los pagos realizados por la atención otorgada a la beneficiaria Domitila Huerta (Línea 4).

Respecto de esta observación, la Dirección de Desarrollo Comunitario señala que *“En cuanto al primer punto, que hace referencia a la no bonificación de FONASA B y las diferencias de los \$43.740 será reintegrada a las arcas municipales por parte del proveedor. Esta situación se dio, ya que al momento de la atención no fue posible emitir bonos, porque el sistema de FONASA se encontraba “caído”. Una vez reintegrados los recursos, se enviará comprobante de ingreso”*.

Dicho lo anterior, se mantiene la observación hasta que esta unidad reciba los comprobantes de ingreso mencionados.

- 2- Por otra parte, se observaron 86 pagos en la Línea 4 a los que no se les aplicó el descuento establecido en las ofertas económica. Por ejemplo, se observó un caso donde para la prestación “CONSULTA MÉDICA CIRUGÍA GENERAL (CM INST.)” en el año 2020 el valor total ascendía a \$15.230, con una bonificación FONASA de \$9.190 y un descuento de \$6.130, lo que da un valor a pagar para la Municipalidad de \$0, mientras que el pago realizado fue de \$6.130. El detalle se encuentra en el Anexo N°9.

Al respecto, mediante el MEMO DDC N°490/2023, DIDECO señala que *“En el punto 2 de este ítem, donde se observan 86 pagos de la línea 4 a lo que no se le aplicó el descuento establecido en la oferta económica, se puede indicar que en el Decreto DAL N°1036 de fecha 16 de octubre de 2020, que modifica lo que indica y aprueba respuestas a la licitación pública “Servicios de Prestaciones Médicas y Procedimientos de Listas de Espera” en el punto 1.3, reemplazar los dos primeros párrafos del numeral 4.1 de las bases técnicas, por lo siguiente:*

*“La Municipalidad para otorgar el beneficio de las cirugías y procedimientos de la lista de espera, realizará a través del Programa Más Salud Integral, aprobado mediante Decreto DDC N°113 del 19 de diciembre de 2019, considerando para estos efectos el sistema previsional del paciente, esto es, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), incluyendo las letras A, B, C, D, de esta forma el proponente cobrará al municipio, lo ofertado en el anexo N°5 para cada línea, valor que corresponde al diferencial de la prestación, tanto para prestaciones ambulatorias como quirúrgicas”. En resumen, el descuento no*

*era factible de aplicar y esto está indicado en el decreto modificatorio antes nombrado”.*

De acuerdo con lo informado en su respuesta, no corresponde aplicar el descuento observado. Sin perjuicio de lo anterior, al no deberse aplicar el descuento señalado cuando la prestación contaba con convenio con FONASA, se observó que para las atenciones realizadas en la Línea 6- Gastroenterología existían las prestaciones de: Gastroduodenoscopia, incluye esofagoscopia (1801001), Pólipos De Esófago y/o Estómago o Intestino Delgado (1801031), Test de Ureasa (1801037) y Estudio Histopatológico con Técnicas Histoquímicas Especiales (801005); las cuales contaban con convenio FONASA y a la vez con un descuento el cual fue aplicado en el pago de las atenciones de los pacientes que se realizaron dichas prestaciones. Los descuentos aplicados que no debieron haberse realizado, por lo que se mantiene la observación y esto representa un hecho consumado.

- 3- Existen pagos de prestaciones por un monto superior a lo establecido en las ofertas económicas, por ejemplo, la prestación de la línea 2, código 302032-01 “Potasio Plasmático”, para la beneficiaria Edith González, fue pagado un monto ascendente a \$3.540, mientras que la oferta económica establece un valor de \$1.180. Por otra parte, existen prestaciones pagadas por un monto menor al establecido en la oferta económica, por ejemplo, la prestación de la línea 2, código 306082-02 “PCR Coronavirus Covid-19”, para la beneficiaria Luz María Cancino, fue pagado un monto ascendente a \$5.750, mientras que la oferta económica establece un valor de \$12.500. El detalle se encuentra en el Anexo N°10.

*Al respecto, la Dirección de Desarrollo Comunitarios señala que, “En este punto indican que existen prestaciones pagadas por un monto superior a lo establecido en la oferta económica, no obstante, se puede informar que en el caso de la beneficiaria Edith González, fue pagado un monto de \$3.540, ya que el código de la prestación 302032 considera 3 tomas de muestra, sodio, potasio y cloro, y cada una tiene un valor de \$1.180. Por otra parte, existen prestaciones pagadas por un monto menor, en el caso de la paciente Luz María Cancino, fue pagado un monto de \$5.750, mientras que la oferta económica establece un valor de \$12.500, esto es, porque la beneficiaria presenta un seguro complementario de \$6.750 pesos, lo que se resta al subsidio municipal”.*

De acuerdo con lo anterior, la Dirección de Control Interno corrobora la información entregada por la Dirección de Desarrollo Comunitario, por lo que procede subsanar la observación.

- 4- Se observaron pagos que no cuentan con la totalidad de la documentación de respaldo correspondiente para ser cursados, en específico, los bonos de las prestaciones entregadas. En la documentación proporcionada por la empresa prestadora de servicio, se observan beneficiarios que figuran con más prestaciones que lo documentado en el expediente de atención. Por ejemplo, los pagos realizados a Moisés Araya y Moisés Guzmán (Línea 4).

En atención a la observación señalada, la Dirección de Desarrollo Comunitario señala que, *“En cuanto a este punto, donde no se encontraba la información de respaldo (bonos) del paciente Moisés Araya, se informa que se adjunta documento de respaldo enviado por la clínica en la fecha correspondiente, en donde indica que no fue posible emitir los bonos para el paciente, por problemas en el sistema, sin embargo, el monto facturado corresponde a lo licitado en el contrato, se dejan los antecedentes en carpeta compartida.*

***El paciente Moisés Guzmán, no figura en la línea 4, sin embargo, existe el Sr. Mario Guzmán que posee toda su documentación. Se sube expediente a carpeta compartida para visualización”.***

**Respecto de esta observación, la Dirección de Control Interno, constata los antecedentes del Sr. Moisés Araya y Mario Guzmán en carpeta compartida, por lo que se subsana la observación.**

## **EXAMEN DE LA MATERIA AUDITADA**

- 1- Bases técnicas: El Decreto DAL N°954, de fecha 17 de septiembre de 2020, que aprueba las bases técnicas de la licitación ID N°2735-89-LR20 “Servicio de prestaciones médicas y procedimientos de listas de espera”, señala: “El proveedor deberá considerar que la realización de exámenes adicionales, repetición de exámenes o consultas médicas adicionales deberán ser de su costa”. Sin perjuicio de lo anterior, se encontraron expedientes con exámenes repetidos que fueron pagados por la Municipalidad y contrariamente exámenes repetidos no considerados, como los casos que se detallan a continuación:
  - En el caso de Sabina Fontanilla (Línea 4), los primeros exámenes preoperatorios fueron realizados con fecha 24 de febrero de 2021, de los cuales 8 se repitieron el día 29 de diciembre de 2021, los que fueron: Hemograma, Tromboplastina, Orina Completa, Perfil Hepático, Perfil Bioquímico, Urocultivo y Venosa en Adultos, los cuales fueron pagados en su totalidad en ambas fechas. Mismo caso ocurre con la beneficiaria Ana Olivares (Línea 3). Lo anterior, vulnera lo establecido en el Decreto DAL N°954, de fecha 17 de septiembre de 2020, el que, en su parte dispositiva, aprueba las bases del “Servicio de prestaciones médicas y procedimientos de listas de espera” ID N°2735-89-LR20, que a su vez señala, “El proveedor deberá considerar que la realización de exámenes adicionales, repetición de exámenes o consultas médicas adicionales deben ser de su costa”, por lo que esta unidad, solicita justificar dicha situación.
  - Por otra parte, el beneficiario Mario Acevedo (Línea 2), realizó su toma de exámenes preoperatorios el día 15 de febrero de 2021. Posteriormente, con fecha 14 de octubre de 2021, se repitieron algunas prestaciones tales como: Orina Completa, Urocultivo, Protombina, Tromboplastina, entre otros, las cuales no fueron pagados.
  - Los hechos anteriormente descritos, evidencian una dicotomía en relación al procesamiento de los pagos, por lo que esta unidad solicita justificación, respecto de los hechos descritos.

**Al respecto, la Dirección de Desarrollo Comunitario, señala que “En relación con lo anteriormente expuesto, se elaboró el Decreto DAL N°0624 de fecha 03 de junio del año 2021, autorizándose la suspensión del plazo de ejecución del contrato “Servicio de Prestaciones Médicas y Procedimientos de Lista de Espera” Líneas 1-2-3-4 y 5.**

***Por razones de fuerza mayor y la emergencia sanitaria vivida durante ese período, se suspenden los servicios desde el 06 de mayo del 2021 y hasta que el Ministerio de Salud, levante la medida sanitaria. Por lo cual en ese momento se consideró un enriquecimiento ilícito por parte de la municipalidad cobrar los exámenes vencidos de los pacientes a las clínicas, ya que esto se trataba de una situación de fuerza mayor”.***

En relación a la respuesta entregada por DIDECO, si bien se suspendió el servicio, de acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud, no se remite evidencia acerca del proceso diferenciado entre un procedimiento de pago y otro, por lo que se requiere un mayor alineamiento en el tratamiento de pagos de similar naturaleza.

- 2- Certificado ITS: El certificado del ITS incluido en la HES\_065625\_001032\_18-04-2022, señala que: "Por un error administrativo por parte de la clínica no fueron emitidos los bonos de pacientes que fueron atendidos, siendo documentación necesaria para facturar las atenciones endoscópicas otorgadas. Debido a que no cuentan con dicha documentación, Clínica Red Salud asumirá como pérdida un monto correspondiente a \$21.020 que FONASA bonifica por cada procedimiento endoscópico.

De acuerdo con los antecedentes analizados, los \$21.020 corresponden a las bonificaciones de FONASA con el reajuste al 29 de marzo de 2021, que para las prestaciones Gastroduodenoscopia, incluye esofagoscopia y sala de procedimientos. Sin embargo, lo anterior no considera las otras prestaciones licitadas en la línea, para las cuales tampoco se adjuntan los bonos de dichas prestaciones en los casos en que estos fueron realizados, como por ejemplo el Test de Ureasa, el cual para la fecha referida contaba con una bonificación de FONASA de \$2.700.

**Al respecto, la Dirección de Desarrollo Comunitario, señala que "En la línea 6 se realizaron los procedimientos sin la emisión de los bonos. Clínica emite documento indicando error administrativo, debiendo asumir ellos el monto de la bonificación de FONASA y la Municipalidad pagó lo indicado en el contrato".**

**De acuerdo a lo señalado por la Dirección de Desarrollo Comunitario, esta Dirección de Control Interno considera que según los documentos tenidos a la vista, procede subsanar la observación.**

- 3- Certificado Presupuesto: El Certificado Presupuestario (sin número), de fecha 15 de diciembre de 2021, informa que se realizaron 74 procedimientos, en los cuales solo se pudo observar el pago de 68 de estos, a la fecha de esta auditoría.

**Al respecto, la Dirección de Desarrollo Comunitario, indica que "En este ítem, efectivamente se realizaron 74 personas el procedimiento endoscópico, no obstante, 3 médicos que no se encontraban evaluados en la oferta técnica realizaron el examen a 6 personas, sin solicitar autorización del ITS, por lo anterior, el proveedor asume la pérdida del pago de la prestación de estos 6 pacientes, pagando la Municipalidad lo que correspondía según bases de licitación".**

**Revisados los antecedentes, se corrobora lo indicado por DIDECO, por lo que procede subsanar la observación.**

- 4- Línea 1: Respecto a la información extraída de Mercado Público, se revisaron las recepciones conforme, para la recepción ID N°2735-220-SE31-RCP-2, el monto asciende a \$22.811.647, mientras que lo contabilizado y posteriormente pagado fueron \$22.802.647, generando una diferencia que asciende a \$9.000. Por otra parte, en el informe de Saldo Presupuestario, adjunto en el DP\_DDC\_156329\_919\_20-03-2023\_, su nómina N°9, tiene como folio de nota de cobro N°22374, pero incorrectamente se ingresó en el informe como folio de nota de cobro N°22354.

**Al respecto, DIDECO señala: “En cuanto a error en la recepción conforme de la línea 1, se puede indicar que se subsanó de acuerdo al monto pagado, anulando el anterior y dejando el monto actual correcto en el Portal Mercado Público. Se adjunta pantallazo”.**

**Revisados los antecedentes, se corrobora lo indicado por DIDECO, por lo que procede subsanar la observación.**

- 5- Línea 3: Se observó que dentro de la nómina N°210.001, ninguno de los expedientes cuenta con su respectiva toma de muestra del laboratorio clínico firmada.

Por otra parte, de acuerdo con la información extraída de Mercado Público, la Recepción Conforme ID N°2735-221-SE21-RCP1, fue realizada el día 01 de enero de 2022, por un monto ascendente a \$12.634.241, la que previamente fue contabilizada y pagada a través del egreso 31-5056, de fecha 31 de diciembre de 2021, donde lo registrado en el asiento contable, detalla que se paga a Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A., RUT 76.871.990-K, un monto ascendente a \$1.300.991, mientras que lo pagado asciende a \$11.333.250, el cual fue pagado a Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Ambulatorias S.A., RUT 76.020.064-6, lo que no se encuentra permitido de acuerdo a la licitación, ya que el adjudicatario es la Sociedad Nueva Clínica Cordillera Prestaciones Hospitalizadas S.A.

**Al respecto, DIDECO señala que, “De acuerdo con lo observado en la línea 3, respecto a que dentro de la nómina N°210001 ninguno de los expedientes cuenta con su respectiva toma de muestra del laboratorio clínico firmada, cabe mencionar que, de acuerdo con las bases administrativas, en el ítem 10.4 de la recepción conforme para el proceso de pago, no especifica que toma de muestra de laboratorio clínico deba estar firmada”.**

**A juicio de esta Dirección de Control Interno, la firma del profesional si es estrictamente necesaria, según lo dispone el Ministerio de Salud, en su Decreto N°20, de fecha 5 de mayo de 2011, en el párrafo “2° De los requisitos que deben reunir sus instalaciones”, el que en su artículo 15°, señala que “La petición de exámenes de laboratorio en los casos a) y b) precedentes, deberá acompañarse de la respectiva solicitud del profesional que demanda el examen, en formularios en que conste:**

- a) Membrete o timbre del establecimiento solicitante o del profesional;**
- b) Nombre, número de RUN del profesional y domicilio del establecimiento;**
- c) Nombre y apellidos, RUN, edad y sexo del paciente;**
- d) Identificación de las prestaciones requeridas;**
- e) Firma del profesional que refrenda la petición. Los exámenes solicitados en carácter de urgencia deberán tener prioridad en su procesamiento y entrega de resultados”.**

**Por lo anteriormente expuesto, se mantiene la observación, la que al tratarse de hechos consumados, será objeto de futuros seguimientos para licitaciones de similar naturaleza.**

**Respecto de la Recepción Conforme, DIDECO señala que “En relación con lo indicado en el párrafo anterior, no existe un error en los montos pagados, los \$11.333.250, fueron pagados al RUT N°76.871.990-K, egreso 5056 y el monto relacionado a prestaciones ambulatorias de \$1.300.991 fue asociado al RUT 76.020.064-6.**

**Respecto de los RUT a los que se pagó diferenciados, esta situación se corrigió, rebajando la obligación de prestaciones ambulatorias y asignando**

***todos los recursos del contrato al RUT de prestaciones hospitalarias con el que postuló la clínica. Obligación 35-53”.***

**Dicho lo anterior, a juicio de esta Dirección de Control Interno, la observación se encuentra subsanada, de acuerdo con la evidencia adjunta.**

- 6- Línea 6: Se procedió a la revisión de la documentación proporcionada respecto de los 68 beneficiarios de la línea 6, constatándose que cada uno cuenta con los siguientes antecedentes: Detalle o desglose de las prestaciones otorgadas, Orden médica, Informe endoscopia o extracción de pólipo, Informe de test de ureasa, Estudio histopatológico (cuando corresponde) y Cédula de identidad, por lo que, para esta línea **no hay observaciones al respecto.**
- 7- Reajustes de la Licitación: De acuerdo a la licitación aprobada mediante el Decreto DAL N°954, de fecha 17 de septiembre de 2020, modificada mediante Decreto DAL N°1036, de fecha 16 de octubre de 2020, queda establecido, en su punto N°1.2 que “Los valores ofertados se reajustarán anualmente, en febrero de cada año, conforme la variación que experimente el índice de precios al consumidor. Asimismo, los valores de la bonificación FONASA, se reajustarán en el mes de febrero de cada año, de acuerdo con lo señalado por el Fondo Nacional de Salud”. De acuerdo a la presente auditoría, se pudo observar que los valores utilizados en los cobros de las prestaciones que tienen convenio con FONASA, son los que establece la mencionada institución en febrero de cada año, por lo que en el futuro, las Bases de la Licitación no deberían señalar que los valores serán reajustados por IPC, ya que no es el porcentaje de reajuste aplicado a los valores pagados por cada prestación.

**Respecto de esta observación, la Dirección de Desarrollo Comunitario, señala que “En cuanto al reajuste IPC que se establece en las bases de licitación y que su unidad sugiere no incorporarla, debido a que el reajuste en las prestaciones es de acuerdo con lo señalado por el Fondo Nacional de Salud. Por tanto, se considerará al momento de elaborar nuevas bases de licitaciones médicas”.**

**De acuerdo a lo señalado por DIDECO, se mantiene la observación, en el sentido de tener este tema en cuenta para futuras bases de licitaciones por programas de la misma naturaleza que el auditado.**

- 8- Incorporación, reemplazo o sustitución del personal médico: De acuerdo a la licitación aprobada mediante Decreto DAL N°954, de fecha 17 de septiembre de 2020, queda establecido en su punto N°4.3 que “...de este modo, el personal médico, responsable de las consultas médicas y cirugías, será el que participó en el proceso de evaluación de ofertas, sin perjuicio que el contratista desee incorporar a más profesionales para estas labores. Para ello, deberá solicitar autorización al ITS del contrato, quien se pronunciará sobre la incorporación de profesionales médicos, en un plazo máximo de 3 días hábiles, aprobando o rechazando la incorporación, considerando para ello que los profesionales cuentan con el mismo puntaje de experiencia con el cual se adjudicó el proceso de licitación el proveedor seleccionado. Mismo procedimiento se aplicará para el reemplazo o sustitución de profesionales médicos”.

En relación con este punto, se evidenciaron distintos profesionales a los especificados en el proceso de evaluación técnica, los que se encuentran detallados en el Anexo N°11, se requiere se remita la autorización del ITS del contrato, de acuerdo con lo establecido en las bases técnicas.

**En relación a este punto, la Dirección de Desarrollo Comunitario, señala que *“Por último, en cuanto a la incorporación, reemplazo o sustitución del personal médico y de acuerdo con lo determinado en las bases de licitación en el punto N°4.3, que se podrá realizar, toda vez, que la autorización sea solicitada al ITS en el plazo que corresponda y éste evalúe la incorporación y que el profesional médico, cuente con el mismo puntaje de experiencia con el cual se adjudicó el proceso de licitación. Se adjuntan correos autorizando documentos que certifiquen la incorporación de los nuevos médicos”.***

**Al respecto, esta Dirección de Control Interno corrobora lo indicado por DIDECO, mediante la evidencia adjunta en su respuesta, por lo que procede subsanar la observación.**

## **CONCLUSIONES**

El presente informe ha auditado el correcto cumplimiento y funcionamiento del programa **“Servicio de Prestaciones Médicas y Procedimientos de Lista de Espera”, licitación ID N°2735-89-LR20**, el que tiene como objeto, la realización de prestaciones médicas para vecinos de menores recursos económicos y/o se encuentren en situación de necesidad manifiesta, listas de espera, vulnerabilidad y/o indigencia, para las especialidades de oftalmología, traumatología, coleditiasis, hernias, várices y endoscopías, en el marco de prestaciones, tanto, en el régimen GES como no GES (Garantía Explicitas en Salud).

Se constató falta de documentación en ciertos procesos, de los cuales algunos se pudieron subsanar mediante la respuesta remitida por la Dirección de Desarrollo Comunitario, no obstante, existen observaciones que no fueron subsanadas y que no son susceptibles de regularizar, por lo que se realizará seguimiento de aquel tipo de procesos, en futuras auditorías.

Por otra parte, en lo que respecta a la redacción y aprobación de futuras bases de licitación, de similar naturaleza, esta Dirección de Control interno hace presente que se debe considerar que los requisitos para acceder directamente al beneficio sean copulativos, tal como lo indica el Título II “Revisión de la Muestra”, del presente informe, en su punto N°2. Adicionalmente, para el proceso mencionado, se debe considerar el Título “Examen de la Materia Auditada”, en su punto N°7, del presente informe, donde DIDECO señala que *“En cuanto al reajuste IPC que se establece en las bases de licitación y que su unidad sugiere no incorporarla, debido a que el reajuste en las prestaciones es de acuerdo con lo señalado por el Fondo Nacional de Salud. Por tanto, se considerará al momento de elaborar nuevas bases de licitaciones médicas”.*

En lo que respecta al Título “Revisión 100% documentación de pagos, líneas 2, 4 y 6”, en su punto N°1, esta Dirección de Control Interno queda a la espera del mencionado comprobante de ingreso, que acredite el reintegro de los recursos por parte del proveedor, para dar por subsanada dicha observación.

Finalmente, existen diferencias en los procesos de pago de similar naturaleza, por lo que se sugiere alinear criterios, para que en un futuro no existan dicotomías entre los procesos de pago de una misma línea.

Sin nada más que informar, les saluda atentamente,



**DIRECCIÓN DE CONTROL INTERNO  
DEPTO. DE AUDITORÍA**

**JOSE ANTONIO LOBOS SANHUEZA  
DIRECTOR DE CONTROL INTERNO(S)  
MUNICIPALIDAD DE LO BARNECHEA**

Firmado por: Jose Antonio Lobos Sanhueza (MLB\JLobos)  
Fecha: 2024-01-05 09:15:17 (UTC-03:00)



Código: 660368717468533 validar en <https://ws-prod-agile.edoc.cl/utis/verify>