



FONASA CENTRO NORTE  
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE  
DPTO. CONTRALORÍA



**RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 15240/2019**

**MAT.:** APLICA SANCION A PRESTADOR SOCIEDAD DE INVERSIONES GIGLIOTTI LIMITADA, RUT: 76138889-4  
**VALPARAÍSO, 24/10/2019**

**VISTOS:**

Lo establecido en el libro I y libro II del DFL N° 1 de 2005; el D. S. N° 369 de 1985 y D. S. N° 27 del 2018, todos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 4A/N°28/2019; la Resolución Exenta 2G/N° 911/2017; la Resolución Exenta N° 277 de 06 de mayo de 2011 y sus modificaciones posteriores, la Resolución Exenta TRA 139/234/2018 y la Resolución Exenta 3.1H/N°1110/2019, modificada por la 3.1H/N°1199/2019, todas del Fondo Nacional de Salud; y la Resolución N° 7 del 2019 de la Contraloría General de la República; y

**CONSIDERANDO:**

1) Que, la Dirección Zonal Centro Norte, a través del Departamento Contraloría, realizó una fiscalización a la cobranza del prestador **SOCIEDAD DE INVERSIONES GIGLIOTTI LIMITADA RUT: 76138889-4**, originada en la detección por sistema de una variación Fondo de Ayuda Médica (FAM) mayor o igual al 30% en los últimos 12 meses de cobranza.

La fiscalización se focaliza en verificar el cumplimiento de la normativa vigente de la Modalidad Libre Elección por prestadores inscritos en el Rol.

2) Que, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores desde mayo de 2013, en su calidad de centro médico, con prestaciones del grupo arancelario 01, 06 y 26 subgrupo 02.

3) Que, el prestador no cuenta con procesos administrativos anteriores.

4) Que a través del estudio de los BAS cobrados por el prestador, se pudo verificar que tuvo un detrimento de 27% en el total cobrado durante el año 2018, con relación al total cobrado en el año 2017, y que en los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo 2019, tuvo una variación igual o superior del 50%, en el valor FAM cobrado con relación al promedio de los 12 meses anteriores

5) Que, la muestra contempló la revisión de la cobranza del prestador para el periodo de abril 2019, seleccionando una muestra de **116 BAS** (Bonos de Atención de Salud), por prestaciones grupos 01, 06 y 26 subgrupo 02, correspondientes a **133** beneficiarios y a **2.916** prestaciones, emitidos en su totalidad a través de venta electrónica (100%), por un monto total de, **\$14.664.040**.

6) Que, prestador informo en correo electrónico del 25 de julio de 2019, complementada en conversación telefónica del día 26 de julio, que ya no es propietario de las instalaciones ni tiene acceso a los profesionales y registros clínicos por las prestaciones que se cobran desde mayo 2019.

7) Consecuentemente, y con el propósito de prevenir un eventual daño patrimonial al Fondo Nacional de Salud, se provino suspender en forma transitoria el convenio Modalidad Libre Elección (MLE) por un plazo de 180 días o hasta el término del proceso administrativo, notificada por Resolución Exenta 5R N°10854/2019 de 26 de julio 2019, notificado según código de seguimiento de Correos de Chile N° 1180669008384, el día 31 de julio de 2019

8) Acto seguido, se coordinó inspección el día 31 de julio de 2019, en dependencias de la Dirección Zonal Centro Norte (DZCN), obteniéndose los siguientes hallazgos:

- Se constata cobro de 41 prestaciones consulta médica 01.01.001 para realización de control de peso en 25 beneficiarios contenidas en 41 BAS.
- Se constata cobro de 1 BAS para prestación 01.01.001 para un beneficiario a quien se le emitió certificado para práctica de
- Se constata cobro adicional prestación 01.01.001 correspondiente a 1 beneficiario contenida en 1 BAS.
- Ausencia de 66 fichas clínicas que no permitió acreditar la entrega fehaciente de 288 prestaciones y su respectivo financiamiento, contenidas en 225 BAS.
- Se constata ausencia de registro de atención para un total de 88 beneficiarios contenidos en 840 BAS correspondientes a 2.301 prestaciones.

9) Que, terminado el acto investigativo, a partir de los hallazgos de la fiscalización, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R/N° 21952/2019 del 23 de agosto de 2019**, notificado personalmente a prestador el 26 de agosto de 2019 en dependencias de la DZCN.

10) Que, con fecha 30 de agosto de 2019, el prestador, presenta carta de descargos dentro del plazo establecido por ley, cuyo análisis es el que sigue:

#### **ANÁLISIS POR LOS CARGOS FORMULADOS**

**Cargo N°1:** "Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley. Punto 30.1 letra c)."

- **Cobro de 42 BAS, conteniendo 42 prestaciones, correspondientes a 25 beneficiarios, equivalente a un valor FAM total de \$241.660, cuyo financiamiento no cumple lo reglado por normativa imperante para modalidad de libre elección.**

**Descargo:** El prestador no presenta antecedentes atinentes a desestimar o desvirtuar cargo.

**Análisis de descargo:** Si bien las atenciones médicas reparadas no comulgan con financiamiento de la modalidad fiscalizada, existe - en rigor - registro de consulta médica. Se mantiene firme cargo, no obstante, resulta de aquello el reintegro de FAM.

**Cargo N°2:** "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud. Punto 30.1 letra b.9)".

- **Cobro de 1 BAS, conteniendo 1 prestación, correspondientes a 1 beneficiario, correspondiente a un valor total de \$12.040, donde se verifica cobro de 2 BAS por atención consulta médica electiva.**

**Descargo:** No presenta antecedentes atinentes a desestimar o desvirtuar cargo.

**Análisis de descargo:** Se mantiene firme cargo, no obstante, resulta de aquello el reintegro de FAM.

**Cargo N°3:** "No contar con fichas clínicas de los beneficiarios que hayan recibido prestaciones de salud, sean estas físicas o electrónicas o no contar con informes de exámenes practicados, en su caso, sea este físico o electrónico (Punto 30.1, letra f), que contraviene lo dispuesto en el punto 4, letra b) y c) y punto 12.1, letra i, segundo párrafo.).

- **Cobro de 225 BAS, conteniendo 288 prestaciones, correspondientes a 66 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$4.876.840, sin ficha clínica, no permitiendo acreditar la entrega fehaciente de prestaciones por las cuales cobro.**

**Descargo:** Prestador envía fichas clínicas de nutricionistas y antecedentes kinésicos (informes) que dan cuenta de evaluación inicial y final y, cuadro detalle – tabla Excel- que contiene fecha de atención, nombre paciente, rut paciente, profesional que efectuó atención y número de bono.

**Análisis de descargo:** El prestador remite fichas clínicas que permiten validar en su totalidad las atenciones de nutricionistas y las evaluaciones kinésicas contenidas en ellas. Por tanto, se validan 179 prestaciones, 179 BAS correspondiente a un monto total de \$4.387.290.

Se mantiene ausencia de ficha kinésica para 5 beneficiarios:

10353342-2, 13652731-2, 16479186-6, 4748376-K y 9793930-6.

Se mantiene cargo para ausencia de ficha clínica médica, que no permitió acreditar ni garantizar el cobro de la prestación 01.01.001 en 13 beneficiarios.

Se acepta parcialmente descargo, no obstante, resulta de aquello el reintegro de FAM por las prestaciones de salud contenidas en las fichas clínicas no presentadas.

**Cargo N°4:** No contar con registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico (Punto 30.1, letra g), que contraviene lo dispuesto en el punto 4, letra b) segundo párrafo y c) y punto 12.1, letra i).

- **Cobro de 840 BAS, conteniendo 2.301 prestaciones, correspondientes a 88 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$8.322.630, no permitiendo acreditar la entrega fehaciente de prestaciones kinésicas cobradas ante la carencia de registro clínico de atención.**

**Descargo:** El prestador envía documentación tipo tabla Excel, que contiene fecha de atención, nombre paciente, rut paciente, profesional que efectuó atención y número de bas. Asimismo, informes kinésicos de ingreso y alta de pacientes. No remite registros para consulta médica.

**Análisis de descargo:** La documentación enviada permite desvirtuar en parte el cargo, validando las evaluaciones de kinesioterapia, no obstante, para el resto de las prestaciones objetadas no existe registro de atención atinente que admita garantizar la procedencia o no del cobro de la atención efectuada. Se acepta parcialmente descargo, no obstante, resulta de aquello el reintegro de FAM por las prestaciones de salud sin respaldo del pertinente registro de atención.

11) Que, luego del análisis realizado a los descargos presentados por el prestador, se concluye **aceptarlos parcialmente.**

12) Que, en la sesión del 07 de octubre de 2019, la Comisión de Fiscalización y Reclamos de la Dirección Zonal Centro Norte, vistos los antecedentes descritos en esta fiscalización, concluyó que las ordenes de atención y consecuentes prestaciones cobradas por el prestador, no cumplen con las normas legales, reglamentarias y arancelarias que rigen la Modalidad Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel; ya que, el prestador, no aporta antecedentes que contribuyan a desvirtuar totalmente los cargos formulados.

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:

- Prescripción para la emisión de órdenes de atención o emisión de programas médicos, con fines distintos a los señalados en la ley. Punto 30.1 letra c).
- Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud. Punto 30.1 letra b.9).
- No contar con fichas clínicas de los beneficiarios que hayan recibido prestaciones de salud, sean estas físicas o electrónicas. (Punto 30.1, letra f), que contraviene lo dispuesto en el punto 4, letra b) y c) y punto 12.1, letra i, segundo párrafo.).
- No contar con registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico (Punto 30.1, letra g), que contraviene lo dispuesto en el punto 4, letra b) segundo párrafo y c) y punto 12.1, letra i).

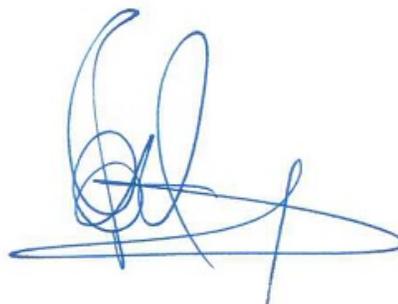
Atendidos los antecedentes, se propuso sancionar al prestador, por lo que dicto la siguiente:

#### RESOLUCIÓN:

1. Aplíquese al prestador **SOCIEDAD DE INVERSIONES GIGLIOTTI LIMITADA RUT 76138889-4**, como consecuencia de los cargos formulados mediante **Oficio Ordinario 5R/N° 21952/2019 del 23 de agosto de 2019** de este servicio, la sanción de **Amonestación** y el pago de una **Multa de 250 UF**, medidas contempladas en el inciso 8° del artículo 143 del D.F.L. 1 de 2005 que regula la Modalidad de Libre Elección.

2. Reintégrese por el prestador el valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM), de las prestaciones objetadas y que equivale a **\$3.033.760**. Dicho reintegro, deberá efectuarse en dependencias de la Dirección Zonal Centro Norte del Fondo Nacional de Salud, dentro de un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución o vía transferencia bancaria a la cuenta corriente N° 990100000822 del Banco Scotiabank Azul del Fondo Nacional de Salud, RUT 61603000-0, enviando el comprobante de la transferencia al correo electrónico [mrobles@fonasa.cl](mailto:mrobles@fonasa.cl). En caso de incumplimiento, por parte del prestador, el Fondo Nacional de Salud está facultado para iniciar acciones legales.
3. El pago de la multa, deberá realizarse teniendo como plazo máximo 15 días desde la fecha del presente documento, que por tratarse de multa a beneficio fiscal el pago debe hacerse efectivo en el sitio [tesoreria.cl](http://tesoreria.cl), Tesorería General de la República, banner tesorería virtual, Pagos, declaración y pago simultaneo, formulario 10, o en forma presencial en cualquiera de las oficinas que dicha Tesorería dispone en el país, enviando posteriormente el comprobante que emita la institución vía correo electrónico a [mrobles@fonasa.cl](mailto:mrobles@fonasa.cl).
4. Infórmese al afectado, el derecho a recurrir de Reposición ante la misma autoridad administrativa, conforme lo establecido en la ley 19.880 Art.59, en un plazo no superior a 5 días hábiles, desde la notificación de esta Resolución.
5. Notifíquese la presente al prestador, la que producirá sus efectos al momento de la notificación, personal o enviándose copia de la misma por carta certificada. En este último caso, se entenderá notificado al tercer día de despachada la carta.

**"Por orden del Director"**



**GUSTAVO MORTARA PIZARRO  
DIRECTOR(A) ZONAL  
FONDO NACIONAL DE SALUD**

GMP / MRM / ABR / nav

**DISTRIBUCIÓN:**

████████████████████  
AFECTA AL ART.7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008  
DPTO. CONTRALORÍA  
DPTO. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
SECCION OFICINA DE PARTES

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Artículo 2 y 3 de la Ley 19.799. Validar número de documento en [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl)

P3gXiJH8

Código de Verificación

