



FONASA CENTRO NORTE
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
DPTO. CONTRALORÍA



RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° s/n 000019
MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. DANIELA
FERNANDA GAJARDO ZAMORANO, [REDACTED]
VALPARAISO, 07 FEB. 2022

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, ambos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta 4A/N°28/2019; la Resolución Exenta 1.767 del 25 de febrero de 2021; la Resolución Exenta N°07 del 02 de marzo 2021; la Resolución Exenta N°277 de 06 de mayo de 2011 y sus modificaciones posteriores; 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, y el oficio N°3610 del 2020, ambos de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2021 el Departamento Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte, realizó una fiscalización a las cobranzas de la prestadora, **D. DANIELA FERNANDA GAJARDO ZAMORANO**, [REDACTED] respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre enero a octubre 2021, teniendo como origen el monitoreo de la cobranza.
2. Que, la Fiscalización corresponde a un proceso orientado a comprobar el correcto uso del Seguro Público en materia de financiamiento de las prestaciones de salud en el ámbito de la Modalidad Libre Elección (MLE).
3. Que, la prestadora se encuentra inscrita en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de persona natural de profesión nutricionista desde el 04/08/2016.
4. Que, la prestadora fue sancionada mediante Resolución Exenta 6A.3/N°5901/2019 de fecha 03/05/2019, producto de fiscalización efectuada cuyos hallazgos fueron los siguientes:
 - Ausencia de un registro de atención nutricional acabado, que permita conocer la identificación completa del paciente, motivo de consulta, la historia clínica-médica del paciente, y otros datos sensibles que permitan un juicio profesional para la indicación del tratamiento (dieta en este caso). Además, no solicita la derivación médica por escrito.
 - Se verificó inexistencia de registro clínico que avale el cobro de bono.
 - Se verificó cobro de BAS a beneficiario que no cumplía criterio de inclusión de riesgo cardiovascular modificable con dieta en personas con sobrepeso u obesidad.
 - Se verificó cobro de prestaciones sin haber entregado todas las atenciones incluidas en esta. Según declaración durante la visita, cobra un bono cada dos atenciones por considerar que el valor de la prestación dividido en las tres atenciones que incluye es muy inferior a sus expectativas para cada atención.
 - Se verificó cobro de más de tres prestaciones anuales por beneficiario, lo que infringió el máximo financiero establecido para la prestación.
5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema la prestadora, presentó:
 - Incremento en un 91% en el cobro de enero a octubre 2021 con relación al total 2020.
 - En 8 meses de este año, presentó un cobro por sobre el 30% del promedio de los 12 meses anteriores.
 - No hay una emisión de bono consulta médica hacia algún prestador en particular.
6. Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 278 prestaciones, del grupo 26 del Arancel, código 26.02.001 "Atención integral de nutricionista" emitidos a 196 beneficiarios con 278 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden un monto total de \$6.813.780.
7. Que, mediante Resolución Exenta 5R/N°10442/2021 de fecha 10/11/2021, se le solicitaron antecedentes de 196 beneficiarios, enviándose mediante correo electrónico, a la dirección electrónica inscrita en el convenio de la prestadora de acuerdo con lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República.
8. Que, transcurridos 7 días hábiles desde la notificación de la Resolución Exenta 10442/2021, la prestadora envió antecedentes de 196 beneficiarios, no faltando ficha clínica, y faltando registros clínicos y 2 prescripciones médicas.
9. Que, se realiza entrevista telefónica, desde el Departamento Contraloría, con fecha 28/10/21 y 17/12/21, estableciendo contacto con 11 beneficiarios, obteniéndose los siguientes resultados:
 - Siete beneficiarios acudieron a atención nutricional por iniciativa propia y no por derivación médica explícita. Agrava esta situación, que para todos ellos la prestadora presentó orden médica con membrete del Ministerio de Salud (1),

- o con membrete del mismo Centro Médico (6) en donde trabaja, y firmada por un médico que el/la beneficiario/a declara no conocer.
- Una beneficiaria declara que le cobraron \$5.000 en el segundo y tercer control.
- Dos beneficiarias declaran que acudieron una única vez, sin que le quedaran controles pendientes.

10. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario 5R/N°19892/2021** de fecha **23/12/2021**, enviándose mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio de la prestadora de acuerdo con lo dispuesto en el Oficio 3610, de 17.03.2020, de la Contraloría General de la República, en los siguientes términos:

Cargo N°1: "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra g), lo que contraviene el punto 4 letra b) y c), y punto 29.2 letra a.7), de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

- Lo anterior para 135 prestaciones, contenidas en 135 BAS y correspondientes a 103 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$3.308.850 y un FAM de \$1.653.750, sin registros de respaldo de atención, lo que no permitió determinar la procedencia de lo cobrado a esta institución, pues lo consignado no corresponde a una historia clínica nutricional que concluya en un diagnóstico e indicaciones.

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 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

2.1 Lo anterior para 107 prestaciones, contenidas en 107 BAS y correspondientes a 101 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$2.622.570 y un FAM de \$1.310.750, para las que no respetó el carácter integral de la prestación la que incluye en su valor una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término, cobrando en general, una prestación cada atención que realizó, lo que incumple lo estipulado en el punto 29.2, letra a.4) de la Res. Exenta 277/11 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

2.2 Lo anterior para 36 prestaciones, contenidas en 36 BAS y correspondientes a 24 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$882.360 y un FAM de \$441.000, que cobró a personas que no cumplen criterio para ser incluidas en el financiamiento del Fondo por atención integral de nutricionista, lo que incumple el punto 29.2 letra a.2) de la Res. Exenta 277/11 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud. Esta infracción se constató en las siguientes situaciones:

- Beneficiarios que no presentan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso según criterio de Índice de Masa Corporal (IMC), confirmado por el registro clínico presentado;
- Personas que acudieron a nutricionista por iniciativa propia y no por la derivación de un médico, confirmado por declaración de las beneficiarias, agravado por la presentación para cada caso de una orden médica que la persona desconoce;
- Ausencia de orden médica que avale la derivación a atención nutricional;
- Atención a persona derivada por matrona; y
- Atención de la segunda o tercera atención integral con derivaciones médicas del año anterior.

Cargo N°3: "Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes". Infracción señalada en Punto 30.1 letra h), que contraviene el punto 2.2, letra a), de la Res. Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

- Lo anterior, verificado por la declaración de la prestadora, confirmado en declaración de beneficiarios, que da cuenta que su convenio se mantiene desactualizado desde la anterior fiscalización, al no haber agregado, en su convenio, el lugar de atención en Puchuncaví.

1. Que, con fecha 30/12/2021, la prestadora presenta sus descargos a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

Del cargo N°1 por la falta de registros, razona que, la tipificación del cargo no se justifica porque alude a la inexistencia de registro, siendo que están incompletos, y solo en algunas fichas se manifiestan algunas lagunas, que no es lo mismo que afirmar que no existen. Con todo, en mérito de darle una solución a esta falta, remite todas las fichas con la información pormenorizada de cada uno de los pacientes, cumpliendo así con los parámetros establecidos en el reglamento, pero siempre en orden de completar un registro, no de crearlo. Señala que no existió mala fe de su parte para eludir responsabilidad en la prestación de servicios, que tal vez se pueda acusar de culpa lata en completar ciertos datos, pero no una intención dolosa.

Del cargo N°2, en su punto 2.1 por el cobro de prestaciones no respetando el carácter integral de ésta argumenta que, cada paciente que ingresa es informado que el bono incluye la consulta nutricional más dos controles nutricionales. Esto no impide que el paciente renuncie voluntariamente a este derecho en el tiempo, que no entienda la información, o que no se comunique para hacer válido este derecho. El valor adicional que se señala corresponde al examen de bioimpedanciometría, y se explyea en la explicación de lo que se analiza con ese examen y su utilidad clínica justificando el cobro particular. Explica que, su error fue no haber indicado explícitamente en aquellos pacientes que no asistieron más en el tiempo o que rechazaron atenderse con bono en lo que debía ser su control médico o evaluación de término, lo que ya fue actualizado en las fichas de cada paciente en que ocurrió dicha situación.

Complementando lo dicho, envía un listado con 26 RUT que correspondería a pacientes que estaban en tratamiento y completaron la prestación después de la fiscalización, se mantiene en tratamiento o dejaron su hora para el próximo año,

lo que se encuentra debidamente consignado en la actualización de las fichas clínicas que envía.

Argumenta que destina parte de sus honorarios a pagar la administración en dos Centros Médicos, para que se encarguen de agendar y plasmar en ficha clínica las asistencias o ausencias de los pacientes. Razón por la que no puede significar un reproche de responsabilidad hacia ella el incumplimiento del encargo de esa tarea.

Revisados 69 de los RUT en estas condiciones de ausencia de 1 o 2 asistencias, observa que son del CESAIN de Quintero o de Puchuncaví, lo que se interpreta como una forma de trabajo de ese Centro. Explica las diferencias entre la asignación de horas en su centro con relación a los Centros Médicos de CESAIN, en orden de demostrar que en CESAIN se transfiere la responsabilidad de la toma de la siguiente hora al paciente. Envía el listado de los 69 pacientes que no volvieron a pedir su hora y que mantienen la prestación pendiente en caso de requerir atención nuevamente.

Del cobro erróneo, se dio cuenta que en seis pacientes el Centro Médico CESAIN Quintero/Puchuncaví cobró un bono por cada control, lo que rechaza completamente, siendo la única justificación el que no tiene forma de darse cuenta sobre el trabajo y cobro de las secretarías. Los cobros BAS son retenidos por el centro médico, al que se le hace entrega total a fin de mes. Esto ocurrió en verano, que correspondió a rotación de secretarías. Se actualizó la ficha de cada paciente, y se instruyó a las secretarías que los contactaran para indicarles que tenían atenciones pendientes por realizar. Lista los seis RUT que estarían en estas condiciones.

Del cargo N°2 en su punto 2.2 por el cobro a personas no incluidas en el financiamiento de FONASA argumenta que, todos los pacientes que llegan a su consulta lo hacen con una derivación de un médico que estima que es necesario el chequeo nutricional atendido a que existe morbilidad asociada a una enfermedad cardiovascular. Para definir lo que se entiende por riesgo cardiovascular modificable con dieta, cita definiciones de la OMS en que se leen factores de riesgo distintos al sobrepeso u obesidad que representan otras enfermedades para las que se requieren intervenciones de cambio intensivo de su modo de vida y un tratamiento farmacológico adecuado. Una vez derivada la persona a nutricionista por un profesional de la salud, ella no puede negarse a prestar el servicio. Lista para cada paciente afectado en esta falta, el razonamiento por el cual realizó la atención.

Agrega que hay casos que son derivados con sobrepeso, pero en la demora a efectuar la atención bajan de peso; así como hay pacientes a los que no les niega atención a quienes presentan ciertas patologías nutricionales o se encuentran descompensados de sus enfermedades de base.

De las personas que dicen haber acudido por iniciativa propia porque no recuerdan el nombre del médico que los derivó, argumenta que, de 196 personas atendidas por ella, se fiscalizan a 11 y 7 señalan que no reconocen el nombre del médico tratante, lo que es posible por tratarse de más de un año en esa atención y la gente no memoriza el nombre de sus doctores. Atribuirle una responsabilidad dolosa por el eventual olvido de sus pacientes respecto de un nombre es un sinsentido y la prueba está en las ordenes médicas con los datos completos y timbre y firma de los profesionales. Probablemente cabría la duda si del total de sus pacientes más de la mitad hubieran señalado desconocer al profesional que suscribe la orden.

De la ausencia de orden médica, argumenta para el caso en específico de la paciente para la que indica el RUT, la secretaria se confundió y envió la orden médica del año 2021 y ahora envía la correcta del año 2020.

De la atención derivada por matrona, no es efectivo ya que la paciente acudió a un centro obstétrico, pero la derivación fue hecha por médico y no por matrona. Adjunta pantallazo de la respectiva derivación médica.

De las atenciones segunda y tercera con derivación médica del año anterior, razona que, el reglamento no es claro en este tópico y bajo su interpretación el año es de 365 días desde que se compró el bono. Ejemplifica exponiendo el caso de un paciente que compró el bono en diciembre 2020, que no sería lógico que su atención integral terminara el 31 de diciembre, por no ser tiempo suficiente para medir un avance en los controles nutricionales. No corresponde reprochar a la profesional por cuestiones poco claras e interpretadas de un modo tan restrictivo por parte de este Servicio. Expresa que sería bueno conocer alguna circular que interpretara lo que se entiende por año anterior.

Del cargo N°3 por la falta de actualización de convenio, envía el número de folio con el que realizó la solicitud de actualización del lugar de atención en Puchuncaví, para corroborar la manifiesta intención de cumplir con las bases de lo que se le imputa.

Como argumento final recalca que ha intentado mejorar los aspectos administrativos en la prestación de sus servicios, dadas las altas exigencias de la resolución presentada. Responsabiliza a las secretarías de CESAIN Quintero/Puchuncaví por la insuficiente gestión realizada que frustró sus intentos de cumplir con la norma, al no realizar un mejor control de las prestaciones, sobre todo con relación a los 6 pacientes señalados en la respuesta al cargo N°2. Espera una pronta solución dado que le es vital tener la tranquilidad de que la situación fue aclarada respecto de todos los cargos que se le adosaron(sic) injustamente en esta fiscalización.

Solicita dejar sin efecto los cargos y aplicar una amonestación no pecuniaria o lo que estime conveniente por el reconocimiento formulado en aras de aclarar lo sucedido.

En su carta de descargos acompaña una tabla en la que reproduce el listado de los BAS objetados, indicando para cada uno lugar, diagnóstico, IMC, Observación Prestador, descripción de la transgresión y controles pendientes.

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

De lo argumentado para el cargo N°1, efectivamente reenvía las 196 carpetas digitales conteniendo los mismos archivos de: ficha clínica nutricional, la antropometría de cada sesión y la orden médica ya enviados en etapa anterior. En los archivos que contienen imagen de la ficha clínica, se observa la modificación de datos comparada contra la imagen en el archivo enviado en la etapa de fiscalización. Para los archivos en formato Word, se observa que completó los datos de identificación y contacto de cada paciente, y en el campo "Pauta" agregó, a la que sería la fecha de atención, datos tales como el IMC, el diagnóstico nutricional y alguna aclaratoria del tipo de dieta. Para los archivos con imagen de ficha clínica manuscrita, se observan el mismo tipo de anotaciones agregadas a los registros de fechas existentes previamente.

El razonamiento sobre la tipificación del cargo no es atendible porque la inexistencia del registro no es la única forma de considerar que un registro en respaldo del financiamiento no ha sido encontrado. El respaldo en ficha clínica debe permitir conocer la historia clínica (nutricional en este caso) y otros datos sensibles que son indispensables para el juicio acabado de la enfermedad actual y para determinar el otorgamiento de los beneficios de salud. El solo registro de los datos antropométricos, la cantidad de calorías de la dieta o el tipo de dieta no da cuenta de una atención integral de nutrición, por lo que esas anotaciones no son un registro en respaldo del financiamiento otorgado.

Las modificaciones realizadas en las fichas clínicas enviadas nuevamente no aportan datos que reflejen que se otorgó una atención integral de nutrición. Incluso en aquellas que son primera atención no existe la valoración, diagnóstico e intervención nutricional y en los controles, no se observa que exista una valoración nutricional que permita conocer la eficacia de la intervención nutricional. Es decir, no hay evidencia registrada de que se entregó una atención integral de nutrición en cada atención, más allá de la variación del peso.

No validándose las anotaciones agregadas a los antecedentes ya revisados en respaldo de las prestaciones cobradas, el cargo se mantiene a firme.

Del descargo al punto 2.1 del Cargo N°2, por el cobro adicional por el examen de bioimpedanciometría, debe tenerse en cuenta que no hay reclamo formal por el cobro de los \$5.000 por este examen y solo está mencionado en la descripción de los hallazgos. No siendo parte del cargo, no es atendible como descargo.

De los 101 beneficiarios afectados en esta falta, envía:

- 1) 26 fichas clínicas enviadas previamente, que están modificadas para agregar una fecha y el mismo tipo de registro que lleva para plasmar su atención, que no es más que las calorías, el tipo de dieta y el nivel de ejercicio que está realizando, lo que puede ser todo ello o solo uno de estos datos. En algunos casos lo consignado fue que la persona decidió postergar sus controles o que no fue ubicable o que no asistió a la cita. La revisión de 26 prestaciones asociadas 38 controles no realizados, permiten conocer que en 15 controles la persona podría haber asistido, pero lo plasmado en ficha clínica no permite validar la entrega de una atención integral de nutrición. Tampoco es atendible el argumento por el que se exime de responsabilidad en el cobro asociado al registro de asistencia porque sería responsabilidad de las secretarías del centro médico al pagar por ese servicio, ya que quien firmó el convenio con FONASA es la profesional y con eso está obligada a dar cumplimiento a toda la normativa que emane de este Servicio.
- 2) 69 fichas enviadas previamente, que están modificadas agregando que la persona no volvió a pedir hora o que abandonó el tratamiento.
- 3) 6 fichas clínicas enviadas previamente, que están modificadas para indicar que el paciente no ha vuelto a control y una de ellas agrega para el 20/12/21, un registro de atención que está incompleto.

Si bien es atendible que la asistencia a los controles es un acto voluntario de parte del paciente, es notable que para el 37% de las prestaciones revisadas asociadas al 51% de beneficiarios de la muestra, se verificó una sola atención sumado a la declaración de beneficiarios a los que se les cobró un bono por cada atención, y la acción de cobrar el bono entregado por el paciente para la segunda atención, dan cuenta de alguna intencionalidad en este cobro irregular que no se subsana agregando ahora en la ficha una frase que indique que el paciente no regresó a tomar hora o algo similar.

Los registros enviados y los argumentos utilizados no desvirtúan la falta constatada y permiten establecer una conducta que implica que la prestadora cobra más de lo establecido en el Arancel para la prestación toda vez que no otorga todo lo incluido en ella. El cargo se mantiene a firme.

Del descargo al punto 2.2 del cargo N°2, la población beneficiaria del financiamiento que otorga FONASA por atención de nutricionista está establecida en el punto 29.2, letra a.2 y no deja posibilidad para la interpretación. La condición de presentar riesgo cardiovascular modificable con dieta es copulativa con la presencia de sobrepeso u obesidad; es decir no es suficiente una de estas condiciones para obtener el beneficio o presentar cualquier otro factor de riesgo que pueda afectarse en su complejidad a través de la dieta.

En el entendido que, una atención integral está conformada por tres atenciones, una inicial y dos posteriores; pero que, para una segunda o tercera prestación en el año el beneficiario no está obligado a acudir a un médico que indique la continuidad de la atención nutricional, se entiende que, la indicación de si la continuidad de la atención con otra serie de tres controles cumple o no los requisitos de inclusión en cuanto al sobrepeso u obesidad según el IMC queda en la responsabilidad de la prestadora que es quien tiene la predicción del riesgo por la medición de ese índice, para cuando corresponda pagar la consulta con un nuevo bono. Del mismo modo, con las personas que inician su atención con peso normal o bajo peso según IMC, quienes no deben cancelar su atención con un bono por no estar incluidas en la población beneficiaria de esta cobertura.

Del listado de 23 RUT con la circunstancia por la que utilizó el financiamiento de FONASA en la atención, se resume lo siguiente:

- 1.- Paciente RUT 10XXX083-X, aunque presenta obesidad al momento de la consulta la indicación fue firmada y timbrada por matrona. Envía imagen de orden médica perteneciente a otra paciente que no está objetada por esta falta;

- 2.- Aunque presenta sobrepeso u obesidad al momento de la consulta, la persona declaró que acudió por iniciativa propia no por derivación médica. Esto es igual para los beneficiarios RUT 11XXX248-X, 16XXX100-X, y 25XXX214-X;
- 3.- Se objeta el segundo y/o tercer BAS porque normalizó el peso y el que las secretarías o la prestadora no puedan conocer antes de la evaluación si presentan un peso normal, no impide a la prestadora explicarle al beneficiario que debe devolver el bono y cancelar particular su atención si requiere continuar con el apoyo de nutricionista. Esto es igual para los beneficiarios RUT 12XXX824-X, 12XXX280-X, 19XXX623-X, y 21XXX886-X;
- 4.- Las condiciones de salud diferentes al riesgo cardiovascular modificable con dieta no están incluidas en el financiamiento de FONASA para la atención de nutricionista, más aún si el peso es normal. Esto es igual para los beneficiarios RUT: 12XXX697-X, 14XXX183-X, 15XXX677-X, 16XXX117-X, 16XXX741-X, 19XXX484-X, 21XXX088-X, 22XXX258-X, 5XXX984-X, 6XXX943-X, y 7XXX376-X;
- 5.- Paciente RUT 13XXX924-X, BAS intermedio en las atenciones enviado a cobro antes de terminar los controles incluidos en los BAS anteriores; así que, si bien es cierto que, al momento de la cobranza del bono el paciente estaba con sobrepeso, este BAS en particular sirvió para cancelar una consulta otorgada en condiciones de peso normal.
- 6.- Paciente RUT 18XXX535-X, envía certificado médico con derivación médica a contar de julio 2021, dejando fuera de financiamiento la atención de enero 2021. Sin embargo, el certificado respaldaría el cumplimiento de norma para la derivación médica para el bono emitido el 22/07/21, Folio 392557798.
- 7.- Paciente RUT 21XXX135-X Envía registro en ficha clínica y planilla con datos de las mediciones de peso que esta modificado según el registro enviado originalmente y ahora los datos coinciden para un IMC que indicaría sobrepeso. Por tratarse de una modificación del dato original que subsanaría la falta, no es posible aceptar este registro como válido.
- 8.- Paciente RUT 26XXX498-X, presenta sobrepeso con P/T +1 al momento de la consulta. Revisadas las tablas consolidadas en el programa "Elige vivir Sano", se verifica la clasificación para una niña de 17 meses según peso y talla que corresponde a sobrepeso, lo que valida el cumplimiento de criterio de inclusión para el folio N°391647218, aunque en este caso, solo asistió a la consulta inicial y el registro de esa consulta no respalda el otorgamiento de una atención integral de nutrición.

De la declaración de beneficiarios que indicaron que acudieron a nutricionista por iniciativa propia y no por derivación, el argumento de la cantidad de personas encuestadas no es atendible ya que la proporción de 7 personas de 11 es del 64% de las entrevistas, además el cargo se ciñe solo a estas personas y no se extrapola a toda la muestra revisada. Las personas entrevistadas declararon que, no acudieron a médico para obtener una derivación a nutricionista, lo que se reafirma con la ausencia de bono que cancele consulta médica en la fecha que se habría confeccionado la orden médica o para el médico que firmó esa orden médica.

En cuanto a la interpretación de lo que se entiende por la indicación en normativa de eximir la exigencia de indicación médica para la segunda y tercera prestación en el año, la lógica de financiamiento del Fondo indica que se trata de año calendario y no de año natural. No obstante, para este análisis, se consideró que las atenciones incluidas en una misma prestación tenían la derivación correspondiente del médico, aunque la orden se hubiera confeccionado el año anterior, no así para la continuidad de prestaciones, para las que la prestadora podría haber explicado al paciente la necesidad de acudir a evaluación médica para continuar con atención nutricional financiada por FONASA.

En resumen, hay dos prestaciones para las que los beneficiarios cumplían el criterio de inclusión al momento de la atención, sin embargo, uno de los dos bonos mantiene dos controles pendientes de realizar, y para ambos bonos, las atenciones registradas no dan cuenta de una atención integral de nutrición.

El cargo se desvirtúa parcialmente rebajando en dos prestaciones su cuantía, quedando en 34 prestaciones, equivalente a un valor total de \$833.340 y un FAM de \$416.500.

De lo argumentado en descargo del cargo N°3, se consultó a la unidad correspondiente por el resultado de la solicitud mencionada quienes informan que, la solicitud fue rechazada porque no dio respuesta enviando las patentes comerciales y contratos de arriendo de los lugares declarados en el tiempo otorgado para eso. Consta en expediente que la dirección de correo electrónico es la misma que se ha estado utilizando en el presente proceso. No es suficiente con haber realizado la solicitud de actualización para entender que cumplió el requisito de mantener sus datos actualizados. El descargo no desvirtúa el cargo, el que se mantiene a firme.

13. Que, en sesión del 28/01/2022, la Comisión de Sanción Zonal, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, concluyó que las ordenes de atención y consecuentes prestaciones cobradas por la prestadora, 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, la prestadora 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 del Ministerio de Salud, infringiendo los siguientes puntos:

a) "No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico". Infracción señalada el Punto 30.1 letra g)

Cargo asociado a 135 prestaciones, por un Monto Bruto de \$3.308.850 y un Monto FAM de \$1.653.750.

b) "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).

Cargo 2.1 asociado a 107 prestaciones, por un Monto Bruto de \$2.622.570 y un Monto FAM de \$1.310.750; y cargo 2.2 asociado a 34 prestaciones, por un Monto Bruto de \$833.340 y un Monto FAM de \$416.500.

c) "Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes". Infracción señalada en Punto 30.1 letra h).

Cargo no asociado a BAS.

Atendido los antecedentes, que confirman la reincidencia en faltas que fueran sancionadas en proceso administrativo anterior, la Comisión propuso a la autoridad aplicar la sanción de suspensión por 60 días del convenio MLE que mantiene la prestadora con el FONASA y aplicar una multa acorde al monto bruto infraccionado. Sin perjuicio que, para el cálculo de la multa, la Comisión, prudentemente, desestimó el monto total asociado al cargo N°1 acorde a la contraprestación de la prestadora, y se incluyó en ese cálculo el total afectado por controles no realizados, el total de las prestaciones cobradas a población no incluida en ese financiamiento, y la falta de actualización de convenio, aumentado en 10 UF por la reincidencia en las infracciones, sanción que este Jefe de Servicio comparte, motivo por el cual dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLICASE a la prestadora DANIELA FERNANDA GAJARDO ZAMORANO, RUT 17.976.770-8, como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R/N°19892/2021 del 23/12/2021 de este servicio, la sanción de suspensión por 60 días de su inscripción en el rol de la MLE y el pago de una Multa de 91 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. COMUNÍQUESE a la prestadora que, por tratarse de multa a beneficio fiscal, el pago debe hacerse efectivo en el sitio web de la Tesorería General de la República (TGR), o en forma presencial en cualquiera de las oficinas que dicha Tesorería dispone a lo largo del país. Este acto administrativo será ingresado a la TGR y se generará una cuenta tributaria personal a través del formulario 105, mediante este formulario se debe materializar el pago, en un plazo no superior a 15 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta Resolución, debiendo enviar copia del pago realizado al correo electrónico naraya@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

3. NOTIFIQUESE esta Resolución al prestador, la que se efectuará vía correo electrónico a la casilla electrónica inscrita en su convenio, de acuerdo con lo dispuesto en el Oficio 3610 de 17.03.2020 de la Contraloría General de la República, que señala "medidas de gestión que pueden adoptar los órganos de la administración del estado a propósito del brote de Covid-19", la que se considerará notificada desde su despacho.

4. Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho de la afectada, de presentar un recurso de reclamación en contra de lo resuelto por la presente Resolución, ante el Sr(a) Ministro(a) de Salud, en un plazo de 15 días contados desde la notificación de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo recursosmle@minsal.cl o en Oficina de Partes del Ministerio de Salud, ubicada en Mac Iver 541, Santiago.

5. La presente resolución tendrá mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentre a firme.

Anótese, comuníquese y archívese,




ALICIA BARRIOS ROMO
DIRECTORA (S)
DIRECCIÓN ZONAL CENTRO NORTE
FONDO NACIONAL DE SALUD

MBP / NAV / ihs

DISTRIBUCIÓN:

[REDACTED]
OFICINA DE PARTES "AFECTA AL ART. 7 LETRA G) LEY 20.285/2008"
DPTO. CONTRALORÍA MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN
DPTO. CONTRALORÍA

[REDACTED]