



**FONASA NORTE
DIRECCIÓN ZONAL NORTE
DPTO. DE FISCALIZACIÓN Y CONTRALORÍA DE
PRESTACIONES**

RESOLUCIÓN EXENTA 5P N° 11079 / 2024
MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR DIAGNOSALUD SPA,
RUT 77.786.070-4. EXPEDIENTE E6432/2023
ANTOFAGASTA , 01/10/2024

VISTOS:

Lo establecido en el artículo 32 de la Ley N° 19.880 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia; los Libros I y II del D.F.L. N° 1, de 2005, el Decreto N° 369 de 1985, ambos del Ministerio de Salud; la Resolución Exenta N° 277 de 2011 y sus modificaciones, la Resolución Exenta 2G/N°871 de 2017, la Resolución Exenta 3E N°777 de 24 de enero de 2024, la Resolución Exenta 3G N°1029 de 2022, la Resolución Exenta 4A/N°28 de 2019 y sus modificaciones, Resolución Exenta 4.2J N°3831 de 2021, la Resolución N°07 de 2019. Todas del Fondo Nacional de Salud y las facultades que me confiere el nombramiento contenido en la Resolución Exenta RA N°139/1923 de 28 de octubre de 2021, el Dictamen 3610 de 2020 de la Contraloría General de la República y

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, durante el año 2023 el Departamento Fiscalización y Contraloría de Prestaciones, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador, **DIAGNOSALUD SPA, RUT 77.786.070-4**, respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre enero del año 2020 a diciembre del año 2022, derivando el origen de la fiscalización de, la variación de cobranza observada y alertas de emisión y cobro.
- 2.- Que, la Fiscalización corresponde a un proceso orientado a comprobar el correcto uso del Seguro Público en materia de financiamiento de las prestaciones de salud en el ámbito de la Modalidad Libre Elección (MLE).
- 3.- Que, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de Persona Jurídica, con prestaciones autorizadas en su convenio de los grupos 01, 03, 07, 08, 13, 16, 17, 20, 21 y 26.
- 4.- Que, el prestador no presenta procesos anteriores.
- 5.- Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
Incrementos muy significativos desde el año 2020 cerrando el año 2022 con ingresos 10 veces superior al nominal financiado ese año, siendo su emisión mayoritaria a través de canal I MED y participando en menor proporción Sucursal y FRONT.
- 6.- Que, en base al análisis de la cobranza, se seleccionó una muestra a fiscalizar de 62 beneficiarios con 2.623 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 2.918 Prestaciones, de los Grupos 01, 03, 07, 08, 13, 16, 17, 20, 21 y 26, por un monto total de \$24.785.560.-
- 7.- Que, mediante Oficio Ordinario 5P N°6790/2023 de fecha 02/05/2023, se le solicitaron antecedentes de 62 beneficiarios.
- 8.- Que, el Oficio Ordinario 5P N°6790/2023, se envía a la dirección Sucre #244 a través de carta certificada, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile 1179976118725, confirma la notificación con fecha 05/05/2023.
- 9.- Que, transcurridos 3 días hábiles desde la notificación del Oficio Ordinario 5P N°6790/2023, el prestador envió 61 antecedentes, de 61 beneficiarios, faltando 1.
- 10.- Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante **Oficio Ordinario N°11686/2024** de 28/05/2024, en los siguientes términos:

Cargo N°1: "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 Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo que involucra la emisión y cobro de un total de 643 prestaciones, contenidas en 573 BAS, emitidos a 46 beneficiarios, financiados con un monto bruto de \$4.710.470.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$1.470.520.-

El detalle de hallazgos del cargo formulado se explica y detalla de la siguiente forma:

Con la emisión y cobro de 538 prestaciones con códigos: 301029, 301045, 301082, 302023, 302032, 302034, 302047, 302075, 302076, 302077, 302078, 303015, 303016, 303017, 303019, 303020, 303024, 303026, 303027, 303028, 303030, 305007, 305019, 305031, 305170, 306011, 306038, 306169, 307011, 308044, 309022, contenidas en 482 BAS, emitidas en 29 beneficiarios por un monto bruto de \$4.024.360.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$1.256.370.-

Lo anterior al constatar que se presentan como respaldo de la emisión y cobro de prestaciones ordenes Diagnosalud SPA que solicitan exámenes de laboratorio, emitidas por profesional matrona, quien solicita exámenes de laboratorio fuera del contexto de control de embarazo o ginecológico y que adicionalmente exceden los autorizados para prescripción por el profesional de matronería, habiéndose observado órdenes para exámenes como: Vitamina D total (302078); antígeno Ca 125, Ca 15-3, Ca19-9 (0305170); Anticuerpos específicos y otros autoanticuerpos (anticuerpos antitiroideos: anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulinas y otros anticuerpos: prostático, espermios, etc.) (305007); Creatinina en sangre (302023); Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) (302032); Estradiol (17-Beta) (303030); Factor reumatoideo por técnica de látex u otras similares (305019); Hierro, capacidad de fijación del (incluye hierro sérico) (301029); Flujo vaginal o secreción uretral, estudio de (incluye toma de muestra y códigos 03-06-004, 03- 06-005, 03-06-008, 03-06-017y 03-06-026) (308044); Hormona luteinizante (LH) (303016); Insulina (303017); Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros) (302075); Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT) (302076); Perfil lipídico (incluye mediciones de colesterol total, HDL-colesterol y triglicéridos con estimaciones por fórmula de LDL-colesterol, VLDL-colesterol y colesterol no-HDL) (302034); Progesterona (303019); Prolactina (PRL) (303020); Proteína C reactiva por técnicas automatizadas (305031); Tiroxina libre (T4L) (303026); Tiroxina o tetrayodotironina (T4) (303027); Transferrina (301082); Triyodotironina(T3) (303028); Vitamina B12 por inmunoensayo (302077).

Este cargo se sustenta en 538 prestaciones que no presentan orden de exámenes válidas y de igual forma fueron presentadas a cobro al Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Lo que contraviene lo indicado en el Punto 9.1 letra a) "Todo examen de laboratorio debe ser prescrito por médico tratante debidamente identificado, salvo excepciones que se encuentran expresamente dispuestas en estas normas". y 9.2 c) "Los profesionales matronas(es) en el ámbito de su competencia podrán solicitar los siguientes exámenes de laboratorio e imagenología, a través de la MLE en el contexto de control de embarazo normal o control ginecológico preventivo...", siendo ambas puntos normativos parte de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Se verificó en segundo término la emisión y cobro de 75 prestaciones con códigos: 301045, 302023, 302032, 302034, 302047, 302075, 302076, 302077, 302078, 303015, 303016, 303017, 303019, 303020, 303024, 303026, 303027, 303028, 303030, 305019, 305031, 305170, 306011, 307011, 309022, contenidas en 61 BAS, emitidas en 5 beneficiarios por un monto bruto de \$532.950 y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$166.360-. Para los que se constata la existencia de ordenes médicas que no identifican el nombre y profesión del profesional tratante que indicó los exámenes, en su lugar se observa un timbre de Diagnosalud o del Laboratorio Clínico Diagno Lab. En ambos casos este timbre presenta Rut, teléfono, dirección y correo electrónico de la entidad, no existiendo un profesional asociado como solicitante, tampoco firma de un profesional responsable, inexistiendo registro clínico que avale su requerimiento. En este contexto no es posible validar la realización de las 75 prestaciones presentadas a cobro. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 9.1 letra letra a) ya citado de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Un tercer hallazgo fue la emisión y cobro de 7 prestaciones con códigos: 301045, 302023, 302034, 302075, 302076, 306169, 309022, contenidas en 7 BAS, emitidas a una (1) beneficiaria por un monto bruto de \$51.050.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$15.940.-

Lo anterior al constatar que el centro médico Diagnosalud, emite prescripción de exámenes de laboratorio, de profesional médico que no se encuentra informado en planta médica para otorgar consulta en convenio con el Fonasa, ni se evidencia la realización de la misma para otorgar la orden médica que se tuvo a la vista. Dicho profesional se encuentra registrado como directivo técnico y representante legal de la entidad. En este contexto no es posible validar 7 prestaciones asociadas al grupo 03, exámenes de laboratorio, presentados a cobro, ya que se contraviene lo indicado en el Punto 2.4 letra a) y letra c) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, "Las entidades al momento de solicitar la inscripción en el Rol que lleva el Fondo, deberán indicar el o los grupos o niveles 1, 2 ó 3, en que efectuarán las prestaciones de salud; completarán los formularios dispuestos para el efecto y adjuntarán la documentación que exija la resolución de

convenios dictada por el Fondo. En los formularios, se indicará: Nómina de prestaciones a inscribir y nómina de profesionales que otorgarán dichas prestaciones, incluyendo los nombres de médicos certificados como especialistas, quienes cumplirán las condiciones y requisitos señalados en el numeral 2.3 de esta normativa” y “Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, las entidades y establecimientos deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar, teniendo presente las condiciones explicitadas en las letras a) y b) anteriores”.

Un cuarto hallazgo que se encontró es la emisión y cobro de 16 prestaciones con códigos: 301045, 302023, 302076, 303016, 303017, 303019, 303020, 303030, 305019, 307011 contenidas en 16 BAS, emitidas en 9 beneficiarios por un monto bruto de \$71.490 y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$22.300.-

Lo anterior al constatar la ausencia de prescripción médica, que respalde la solicitud de exámenes de laboratorio, por lo que no es posible acreditar la realización de las 16 prestaciones que usted presentó a cobro al Fondo Nacional de Salud. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 9.1 letra a) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, “Todo examen de laboratorio debe ser prescrito por médico tratante debidamente identificado, salvo excepciones que se encuentran expresamente dispuestas en estas normas”.

Finalmente, se detectó la emisión y cobro de 7 prestaciones con códigos: 303017, 303026, 302047, 302023, 307011, 302077, contenidas en 7 BAS, emitidas en 2 beneficiarios por un monto bruto de \$30.620 y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$9.550.-

Lo anterior al constatar que existen prescripciones que solicitan exámenes de laboratorio, emitidas por una profesional nutricionista, quien no es un profesional del equipo de salud que se encuentre expresamente habilitado para prescripción de exámenes de laboratorio en el marco de Convenio de la Modalidad de Libre Elección. En este contexto, no es posible validar 7 prestaciones asociadas al grupo 03, presentadas a cobro al Fondo Nacional de Salud. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 9.1 letra a) y letra c) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, “Todo examen de laboratorio debe ser prescrito por médico tratante debidamente identificado, salvo excepciones que se encuentran expresamente dispuestas en estas normas” y “Para efecto de prescripción, respaldo y cobro de exámenes de laboratorio, el prestador debe ajustarse a lo establecido en los puntos 3 - 4 y 6 de estas Normas”.

Cargo N°2: “Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud de prestaciones no realizadas”. Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.4) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo que involucra la emisión y cobro de 278 prestaciones con códigos: 301029, 301045, 301082, 302023, 302032, 302034, 302047, 302075, 302076, 302077, 302078, 303015, 303016, 303017, 303019, 303020, 303024, 303026, 303027, 303028, 303030, 305007, 305019, 305031, 305170, 306011, 306038, 306069, 306082, 306169, 307011, 308044, 309022, contenidas en 250 BAS, emitidas en 35 beneficiarios por un monto bruto de \$2.029.710.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$670.150.-

Lo anterior al no enviar los registros de respaldo solicitados mediante Oficio Ordinario N°6790/2023, correspondientes a informe de resultados que constaten la ejecución del procedimiento de toma de exámenes de laboratorio y los resultados correspondientes a 35 beneficiarios, por lo cual, ante la ausencia de estos resultados, no es posible acreditar la realización de las 278 prestaciones presentadas a cobro. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 4 letra d.3) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, “Para los exámenes o procedimiento realizados, el prestador, registrará la fecha y hora de su ejecución, la técnica empleada, los resultados, los valores normales de referencia, los hallazgos o conclusiones cuando corresponda, el nombre completo y Rut del profesional ejecutante responsable, debiendo emitir informes originales de los exámenes o procedimientos realizados. Dichos informes, eximen al prestador de la obligación de confeccionar fichas clínicas. La falta de cualquiera de los antecedentes señalados en el registro, importará presunción de no ejecución del examen o procedimiento”.

Cargo N°3: “No contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, sea este físico o electrónico”. Infracción señalada en el Punto 30.1 letra g) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo que involucra la emisión y cobro de 35 prestaciones con códigos: 101001, 101308, contenidas en 35 BAS, emitidas en 21 beneficiario por un monto bruto de \$441.090.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$217.170.-

Lo anterior, al no enviar los registros de respaldo solicitados mediante Oficio Ordinario 5P N°6790/2023, constatando la ausencia de evoluciones de atención que evidencien la ejecución de las Consultas de Medicina General y Consultas Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, correspondiente a 21 beneficiarios, por lo cual, no es posible acreditar su efectiva realización presentadas a cobro. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 4 letra b) y letra c) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, “Respaldo en ficha del paciente: La ficha clínica es un documento único, ordenado y completo, que en forma

física o electrónica, consigna los antecedentes personales del paciente, su historia clínico-médica, 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, contemplados en el Régimen General de Prestaciones de Salud. En ese sentido, el registro pertinente en ficha es el único instrumento con que el Fondo puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas en cumplimiento a las normas que regulan la modalidad y la procedencia o no del pago por prestaciones cobradas. Este documento en ningún caso podrá ser adulterado, quedará en poder del prestador y debe estar permanentemente a disposición del Fondo cuando le sea requerido” y “Los profesionales deberán registrar, en la ficha clínica, todas las atenciones que realizan al paciente, en estricto orden cronológico, y conservarán las diferencias generales propias del tipo de atención de que se trate”.

Cargo N°4: “Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud de recargos improcedentes: Cobro de doble BAS por atención”. Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.9) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo que involucra la emisión y cobro de un total de 66 prestaciones, contenidas en 63 BAS, emitidos a 30 beneficiarios, financiados con un monto bruto de \$595.390.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$224.470.-

El detalle de hallazgos del cargo formulado se explica y detalla de la siguiente forma:

Lo que involucra la emisión y cobro de 19 prestaciones con códigos: 101001, 101308, 302075, 303026, 305170, 306069, 306082, 307011, contenidas en 16 BAS, emitidas en 9 beneficiarios por un monto bruto de \$225.350.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$108.990.-

Lo anterior al constatar que 9 beneficiarios, presentan atenciones con doble BAS asociado a la misma prestación, en donde se corrobora que en todos los casos existen dos emisiones de bono en la misma fecha con el mismo código y glosa, constatando a la vez, que en el caso de la consulta médica de especialidad y consulta medicina general existe un registro relacionado a la atención otorgada, por lo que se valida 1 prestación equivalente a 1 BAS en cada caso. Respecto a las prestaciones del grupo 03, exámenes de laboratorio, se valida solo un BAS por cada análisis realizado. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 6.1 letra e) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones “Los profesionales y entidades inscritos en la modalidad de libre elección, estarán por este solo hecho obligados a cobrar como máximo por las prestaciones de salud efectuadas a los beneficiarios de la ley, el valor que esas prestaciones tengan asignado en el Arancel vigente a la fecha en que fueron efectivamente otorgadas.”

Un segundo hallazgo que fundamenta el cargo se funda en la emisión y cobro de 47 prestaciones con códigos: 306069, contenidas en 47 BAS, emitidas en 21 beneficiarios por un monto bruto de \$370.040 y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$115.480.-

Lo anterior al constatar que para el caso de la prestación código 306069, Anticuerpos Virales Determ. De (SARS Cov-2 IGM – IGG), existe emisión y cobro por más de una prestación, considerando que este examen de laboratorio integra en una prestación el análisis en sangre de anticuerpos IGG e IGM, por lo que no corresponde cobrar por separado cada uno de los anticuerpos mencionados anteriormente. En este marco no es posible validar la realización de 47 de las 94 prestaciones asociadas al código 306069, presentadas a cobro y que se ajustan a la norma arancelaria en la Modalidad de Libre Elección. Lo anterior contraviene lo indicado en el Punto 6.1 letra e) ya citado anteriormente.

Cargo N°5: “Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud de prestaciones no realizadas”. Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.4) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones. Lo que involucra la emisión y cobro de 8 prestaciones con códigos: 101001, 101308, contenidas en 8 BAS, emitidas en 1 beneficiario por un monto bruto de \$110.050.- y un FAM (Fondo Ayuda Médica) de \$58.400.-. Lo anterior, al no enviar los registros de respaldo solicitados mediante Oficio Ordinario 5P N°6790/2023, correspondientes a copia de las ficha clínica y ausencia de registros que respaldan la ejecución de las consultas de medicina general y Consulta Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología de una beneficiaria del Fonasa, por lo cual, no es posible acreditar la realización de las 8 prestaciones que usted presentó a cobro al Fondo Nacional de Salud. Lo que contraviene lo indicado en el Punto 4 letra c.3) de la Resolución Exenta N°277/2011 del Ministerio de Salud y sus modificaciones, “Los profesionales y entidades deberán conservar las fichas clínicas que contengan las atenciones, por un plazo a lo menos cinco años, a contar de la última atención efectuada a un paciente. En caso de no disponerse de este documento las prestaciones se entenderán por no efectuadas”.

11.- Que, el Oficio Ordinario de Cargos N°11686/2024, se envía a la dirección Sucre #244 a través de carta certificada, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile es 1179117702455, confirma la notificación con fecha 31/05/2024.

12.- Que, con fecha 07/06/2024, el prestador presenta documentación en oficina de partes, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala en resumen lo siguiente:

- Presenta Documento "Anticorrupción, Antisoborno y Sanciones SYNLAB".
- Presenta Documento "Código de Conducta SYNLAB S.A.S"
- Presenta Documento que formula descargos como respuesta a proceso de fiscalización.
- Presenta Mandato Judicial entre Diagnosalud SPA y el Abogado D. Christian Giovanni Caro Cassali. Este último para representar a la sociedad compareciente.

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

Se mantiene la ausencia de informes de resultados que constaten la ejecución del procedimiento de toma de exámenes de laboratorio, por lo que la falta de estos antecedentes importará presunción de no ejecución del examen o procedimiento.

Se mantiene la ausencia de fichas clínicas y evoluciones de atención que evidencien la ejecución de las Consultas de Medicina General y Consultas Médica de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, por lo que al considerar que la ficha es el único instrumento con que el Fondo puede verificar la realización de las prestaciones efectuadas, en este caso no es posible acreditar la efectiva realización de la prestación presentada cobro, por lo que se mantiene la falta.

En relación con la doble emisión de BAS, el prestador reconoce la existencia de estos casos en que efectivamente se realizaron cobros que no correspondían, lo que atribuye a la falta de experiencia de algunos colaboradores de la entidad, pero compromete que no volverá a ocurrir. Por lo que se mantiene la falta.

Respecto a la selección de la muestra y considerando lo expuesto por el prestador en donde menciona que la muestra debe ser aleatoria y no sesgada, se puede mencionar que según lo indica la ciencia estadística asociada a metodología con enfoque cuantitativo, la selección de la muestra se categoriza en dos ramas, la muestra no probabilística y la muestra probabilística. En la muestra no probabilística, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende de las necesidades de análisis que obedecen a criterios de investigación. En este caso la selección de la muestra del prestador Diagnosalud SPA cumple características y criterios que contribuyen al objetivo del proceso de fiscalización realizado por el Fonasa, entregando como resultados constatados, los hallazgos que forman parte de los 5 cargos formulados.

Considerando los antecedentes expuestos se mantienen firmes los 5 cargos formulados a Diagnosalud SPA.

14.- Que, en sesión del 20/08/2024, la Comisión de Fiscalización y Reclamos, vistos los antecedentes descritos en este procedimiento, 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 de Libre Elección y regulan la aplicación de su arancel; ya que, el prestador no aporta antecedentes que contribuyan a desvirtuar 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:

- "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)
- "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud de prestaciones no realizadas". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.4)
- "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)
- "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud de recargos improporcionados: Cobro de doble BAS por atención". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.9)
- "Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud de prestaciones no realizadas". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra b.4)

A continuación, se detalla las prestaciones y montos involucrados en los cargos:

Cargo	Breve Descripción Del Cargo	N° de Prestaciones Involucradas	Monto Total Involucrado (\$)	Monto FAM Involucrado (\$)	Monto Copago Involucrado (\$)
N°1	O.M Matrn/a	538	\$4.024.360	\$1.256.370	\$2.767.990
	O.M No Identifica Profesional	75	\$532.950	\$166.360	\$366.590
	O.M Profesional No Informado	7	\$51.050	\$15.940	\$35.110
	Ausencia de O.M	16	\$71.490	\$22.300	\$49.190

	O.M Nutricionista	7	\$30.620	\$9.550	\$21.070
N°2	Ausencia Informe de Resultados	278	\$2.029.710	\$670.150	\$1.359.560
N°3	Ausencia Registro de Atención	35	\$441.090	\$217.170	\$223.920
N°4	Doble BAS	19	\$225.350	\$108.990	\$127.900
	Cobro Por Más de 1 Prestación (SARS Cov-2 IGM – IGG)	47	\$370.040	\$115.480	\$254.560
N°5	Ausencia Ficha Clínica	8	\$110.050	\$58.400	\$51.650
TOTAL	-	1.030	\$7.886.710	\$2.582.310	\$5.257.540

Atendidos los antecedentes, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación y una multa proporcional a la infracción constatada, sanción que esta autoridad comparte. Asimismo, la Comisión propuso ordenar el reintegro del valor correspondiente al Fondo de Ayuda Médica (FAM) de las prestaciones objetadas; medida administrativa que esta autoridad igualmente comparte, motivo por el cual dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.- **APLÍCASE** al prestador **DIAGNOSALUD SPA, RUT 77.786.070-4**, como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. N° 11686/2024 del 28/05/2024 de este servicio, la sanción de Amonestación y el pago de una Multa de 209 U.F., medidas contempladas en el inciso 8° del Art. 143 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, 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, que equivalen a \$2.582.310-.

Dicho reintegro, deberá efectuarse dentro de un plazo de 15 días desde notificada la presente Resolución, mediante transferencia electrónica a nombre de FONASA, Rut 61.603.000-0, Banco Scotiabank, Cuenta Corriente 990000636.

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

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

3.- **COMUNÍQUESE** al prestador, que, por tratarse de multa a beneficio fiscal, el pago debe hacerse efectivo en el sitio web de la Tesorería General de la República, o en forma presencial en cualquiera de las oficinas que dicha Tesorería dispone 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 Departamento de Contraloría MLE, a través del correo electrónico contraloriamle@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

4.- **NOTIFÍQUESE** la presente Resolución por carta certificada.

5.- Atendiendo la sanción establecida, se hace presente el derecho del afectado, de presentar un recurso de reposición ante la autoridad que aplica la sanción, en un plazo de **5 días hábiles** desde el despacho de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo ofdepartesdzn@fonasa.gov.cl.

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

Anótese, comuníquese y archívese,

"Por orden del Director"



**ELBA VARAS ESPINOZA
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

DISTRIBUCIÓN:

DIAGNOSALUD SPA, RUT 77.786.070-4, REPRESENTANTE LEGAL D. ALEJANDRO SALAZAR ROST, DIRECCION: SUCRE #244, ANTOFAGASTA.

DPTO. MONITOREO

DIRECCIÓN ZONAL NORTE

DPTO. REGULACIÓN

DPTO. FINANZAS

DPTO. DE FISCALIZACION Y CONTRALORÍA DE PRESTACIONES

DPTO. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

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

OeH0BX3T

Código de Verificación

