



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

RESOLUCIÓN EXENTA 5R N° 1019 / 2025

**MAT.: APLICA SANCIÓN A PRESTADOR D. GUILLERMO
ANDRES MARCHANT ZAMORA, RUT [REDACTED]
VALPARAÍSO , 24/01/2025**

VISTOS:

Lo dispuesto en el Libro I y II del D.F.L. N°1, de 2005 del Ministerio de Salud, el Reglamento contenido en el Decreto Supremo de Salud N°369 de 1985; la Resolución Exenta 3G/N°1767 del 25 de febrero de 2021, la Resolución Exenta RA 139/403/2023, la Resolución Exenta 3.1H/N°55/2024, la Resolución Exenta N°07 del 02 de marzo 2021 y sus modificaciones posteriores, la Resolución Exenta 277/2011 y sus modificaciones posteriores, todas del Fondo Nacional de Salud; la Resolución N°7 del 2019 de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1. Que, durante el año 2024 el Departamento de Fiscalización y Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte, realizó una fiscalización a las cobranzas del prestador, **D. GUILLERMO ANDRES MARCHANT ZAMORA, RUT [REDACTED]**, respecto de las prestaciones presentadas a cobro entre agosto de 2023 a agosto de 2024, teniendo como origen la denuncia interna desde sucursal Fonasa de La Calera que indica cobro de atención domiciliaria (código de cobranza 0601106) cuando otorga la atención en box kinésico (código de cobranza 0601105).
2. Que, la Fiscalización corresponde a un proceso orientado a comprobar el correcto uso del Seguro Público en materia de financiamiento de las prestaciones de salud en el ámbito de la Modalidad Libre Elección (MLE).
3. Que, el prestador se encuentra inscrito en el Rol de Prestadores de la MLE, en calidad de Persona Natural de profesión kinesiólogo.
4. Que, el prestador no presenta procesos de fiscalización o administrativos anteriores.
5. Que, analizados los antecedentes de la cobranza obtenida por sistema el prestador, presentó:
 - Un aumento en su cobranza de un 9% en el año 2023 y de un 36% el 2024, con respecto al año inmediato anterior.
 - Registra en su convenio como único lugar de atención: Atención Domiciliaria en la comuna de La Calera.
6. Que, en base al análisis de la cobranza, se fiscalizó el universo correspondiente a 46 beneficiarios con 67 Bonos de Atención de Salud (BAS) asociados, que comprenden 698 prestaciones del grupo 06, código 06.01.101 y 06.01.106, por un monto total de \$7.510.270.
7. Que, mediante Oficio Ordinario 5R N°23135/2024 de fecha 08/10/2024, se le solicitaron antecedentes de 46 beneficiarios.
8. Que, el Oficio Ordinario 5R N°23135/2024, se envía mediante correo electrónico, a la casilla electrónica inscrita en el convenio del prestador: [REDACTED]
9. Que, transcurridos dos días hábiles desde la notificación del Oficio Ordinario 5R N°23135/2024, el prestador envió antecedentes de 46 beneficiarios, faltando todas las sesiones fechadas y con las terapias otorgadas cada vez, para la totalidad de la nómina solicitada.
10. Que, se realiza entrevista telefónica, desde el Departamento de Fiscalización y Contraloría de Prestaciones con fecha 02/10/2024 y 22/11/2024, estableciendo contacto con 11 beneficiarios, los cuales, en resumen, declaran haber sido atendidos por el prestador por la cantidad de sesiones pagadas, y haber comprado los respectivos BAS en sucursal

FONASA pagando el copago correspondiente según arancel. Seis de estos beneficiarios, declararon haber sido atendidos en el Centro Kinésico ubicado en la calle O'Higgins en La Calera, se agrega a este número, el beneficiario causante de la denuncia. Las otras cinco personas, declararon haber sido atendidas en sus respectivos domicilios.

11. Que, a partir de los antecedentes del proceso, se instruyó la formulación de cargos, mediante Oficio Ordinario 5R N°27713/2024 del 29/11/2024, 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) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones, del Ministerio de Salud.

Lo que involucra la emisión y cobro de 534 prestaciones con códigos: 0601101 y 0601106, contenidas en 56 BAS, emitidas en 41 beneficiarios por un monto bruto de \$5.638.820 y un monto FAM de \$2.167.040, sin registros de respaldo de atención, lo que no permitió determinar la procedencia de lo cobrado a esta institución, desglosado en 74 de ellos no encontrados, 460 de ellos no validados por no describir las terapias realizadas en cada sesión con su respectiva fecha de atención.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 4 letra a) y b) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud: "a) Se entenderán, como tal, los datos específicos que respaldan la ejecución de una prestación de salud efectuada y presentada a cobro por un prestador inscrito en el rol de la Modalidad de libre elección". b) segundo párrafo: "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 contraviene el punto 12.1.2, letra a): "Para el cobro de las prestaciones del grupo 06 subgrupo 01, los profesionales deberán disponer de los registros que avalen la ejecución de las prestaciones otorgadas, ya que en su defecto el Fondo presumirá que éstas no han sido efectuadas. Para ello se tendrá presente lo que sigue:

Registros en atención ambulatoria

- Disponer de ficha clínica que consigne nombre del beneficiario, diagnóstico médico, prescripción médica con identificación de quien derivó e indicó el tratamiento, detalle de las prestaciones realizadas en orden cronológico, evaluación general y terapias a realizar."

Cargo N°2 Presentación para el cobro o cobro indebido de órdenes de atención de salud y programas de atención de salud, pudiéndose distinguir:

2.1 "Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas". Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.2) de la Res. Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud.

Lo anterior para un total de 90 prestaciones contenidas en 9 BAS y correspondientes a 7 beneficiarios; equivalente a un valor total de \$983.600 y un valor FAM de \$378.300, para las cuales se verificó el cobro de prestaciones de mayor valor a las efectivamente realizadas contra registro de atención. el que no describe el lugar en donde se realizó la atención sesión a sesión, y declaración telefónica de seis beneficiarios, identificados en tabla siguiente con el número de la nómina solicitada, quienes declararon haber sido atendidos en box en el Centro kinesiológico ubicado en la calle O'Higgins en La Calera. Se verifica en la red social Facebook que, en el Centro "R-Kine&Sport", ubicado en O'Higgins N°400, La Calera, se publicita al prestador como uno de sus kinesiólogos.

N° en nómina solicitada	Nombre entrevistado/a	RUT beneficiario/a
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

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

Un total de 15 prestaciones, contenidas en 4 BAS y correspondientes a 4 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$144.000 y un valor FAM de \$55.310, para las cuales se constató que no fueron realizadas contra registro de atención que indicó el abandono de tratamiento, o un número menor de sesiones realizadas con relación a las cobradas.

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

Se verifica falta de actualización de convenio por no incorporar lugar de atención en O'Higgins N°400, La Calera, ubicación del Centro kinésico "R-Kine&Sport", lo que significa el uso del código 0601106 para el cobro de su atención, sin hacer la diferencia de lugar en donde realiza la atención. Esto le permite un cobro en su favor de \$2.230 y un perjuicio al FONASA por el cobro de FAM adicional de \$860, por cada prestación de tratamiento cobrada.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 2.2 letra a) segundo párrafo, de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud: *"...Durante la vigencia del convenio suscrito con el Fondo, los profesionales deben mantener actualizada dicha información, comunicando por escrito y en el plazo de 30 días desde su ocurrencia las modificaciones efectuadas y las nóminas a actualizar."*

Cargo N°4 "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 del Ministerio de Salud y sus modificaciones.

Lo anterior para un total de 589 prestaciones contenidas en 57 BAS y correspondientes a 39 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$494.480 y un valor FAM de \$190.280, las que no fueron validadas, debido a la inobservancia de requisitos normativos de la modalidad detallados a continuación, y en efecto, para el financiamiento conferido:

4.1 Para el 27% (214) de las prestaciones de la muestra revisada se verificó la falta de presentación de orden médica. 142 prestaciones por ausencia de la prescripción y 72 prestaciones para las que presentó orden médica con fecha posterior al inicio del tratamiento, o porque lo enviado corresponde al formulario con las indicaciones del alta médica, pero no tiene timbre de la sucursal que vendió el BAS, o porque lo enviado es una constancia que respaldaría el que haya devuelto la orden médica original a la beneficiaria para ser presentado en seguro complementario. Estas constancias no están acompañadas de una fotocopia de la orden médica original y no está acompañadas de la fotocopia de la cedula de identidad en donde pueda verificarse que quien firma es la persona identificada en la constancia.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 6.2 letra g); y el punto 12.1, letra f) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud:

g) *"Para cobrar prestaciones de laboratorio, imagenología, órtesis y prótesis y cualquier procedimiento que requiera indicación médica o de otros profesionales autorizados, las respectivas prescripciones deberán ser custodiadas por el prestador que cobra las prestaciones señaladas, por un período no inferior a cinco años. En consecuencia, no se exigirá al prestador adjuntar dichos documentos a la cobranza de órdenes tradicionales o electrónicas, sin perjuicio que Fonasa, en procesos de fiscalización pueda requerir tales prescripciones";* y f) *"Para la emisión de prescripción médica, el médico tratante deberá registrar en dicha orden lo siguiente:*

- *Datos de identificación del beneficiario.*

- *Diagnóstico e indicación de tratamiento de kinesiología.*

Deberá el prestador mantener la orden médica por un plazo no inferior a 5 años, desde la fecha de cobro de la prestación."

4.2 Un total de 20 prestaciones, contenidas en 10 BAS y correspondientes a 6 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$55.680 y un valor FAM de \$21.480, para las que se verificó el cobro de prestación código 0601101 "Evaluación kinesiología integral" cuando la atención fue otorgada en el contexto de continuación de tratamiento.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 12.1.1 letra a) segundo párrafo, de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud: *"Esta prestación deberá ser efectuada en forma independiente. Se considera una evaluación inicial, en la que además se programarán las terapias y/o procedimientos a realizar y el cobro de una segunda evaluación para finalizar tratamiento. La continuación del tratamiento no podrá incluir cobro de nuevas evaluaciones."*

4.3 Un total de 40 prestaciones, contenidas en 4 BAS y correspondientes a 2 beneficiarios, equivalente a un valor total de \$438.800 y un valor FAM de \$168.800, para las que se verificó el cobro de prestación código 0601106 "Atención kinesiología integral domiciliaria" superando el máximo financiero anual por beneficiario.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 12.2 letra b) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud: *"Las prestaciones Atención Kinesiología Integral Ambulatoria código 06-01-105 y Atención Kinesiología Integral Domiciliaria código 06-01-106, contemplan una prestación diaria y se establece un límite máximo de hasta 30 prestaciones anuales por beneficiario (consideradas dentro de los límites anuales del grupo 06 subgrupo 01). Cada prestación integral contempla una duración de 45 minutos."*

4.4 Acepta el uso del BAS más allá de los 30 días que dispone el beneficiario para su uso. Esto se verifica para los beneficiarios identificados en la nómina solicitada con los números 27 y 31.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 3.2 letra a) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud: *"Las órdenes o bonos de atención, emitidos en forma tradicional, Bono Web Fonasa o en sistema de venta de bono electrónico en prestadores, tienen una vigencia administrativa de 30 días desde su fecha de emisión, para su utilización por el beneficiario..."*.

4.5 Cobro de BAS antes de otorgar la prestación. Se verifica para el 51% de las prestaciones fiscalizadas que fueron cobradas con antelación al inicio del tratamiento o hasta 11 días después de iniciado el tratamiento, con lo que se demuestra el cobro antes de terminar la totalidad de las prestaciones incluidas en el BAS.

Lo que contraviene lo indicado en el Punto 6.2 letra b) de la Resolución Exenta N°277/2011 y sus modificaciones del Ministerio de Salud: *"El cobro al Fondo por prestaciones de salud, procede únicamente cuando éstas hayan sido efectuadas"*.

12. Que, el Oficio Ordinario de Cargos 5R N°27713/2024, se envía a la dirección Calle Johnson N°109. La Calera, a través de carta certificada, cuyo número de seguimiento de Correos de Chile 1180669294923, confirma la notificación con fecha 06/12/2024.

13. Que, con fecha 12/12/2024, el prestador presenta documentación de descargos a través de correo electrónico, cumpliéndose el plazo reglamentario, en el cual señala, en resumen, lo siguiente:

Del cargo N°1, sin registro: Envía carpetas digitales de los 46 beneficiarios de la nómina original con el mismo archivo del informe kinésico, y la orden médica, ya revisados. Agrega a esta información un archivo en formato .PDF que contiene imagen de la "ficha del usuario" que, en su primera hoja tiene la identificación del beneficiario con los datos de nombre, edad, dirección y RUT. Identifica la fecha de ingreso y la fecha de egreso. Tiene campos para anotar la Anamnesis, y las sesiones numeradas del 1 al 10 en donde fecha la sesión y anota las técnicas realizadas ese día. Cada registro queda identificado con el nombre del tratante. En el campo para la evaluación final, anota si el paciente está de alta kinésica. Si el tratamiento continuó, utiliza el mismo formato, pero sobrescribe el número de sesiones continuando la numeración consecutiva. Este registro no cuenta con: identificación del médico que solicitó el tratamiento, identificación del beneficiario en hojas secundarias, ni registro de la evaluación kinesiológica (solo la nombra).

Además del envío de antecedentes clínicos, argumenta, con relación a los hechos que fundan el cargo que, en respuesta al requerimiento de la copia de los registros clínicos de atención, remitió el informe final de la atención kinésica en conjunto con la orden médica que daba origen a dicho tratamiento, dado el límite legal que le asiste como prestador de salud. El artículo 12 de la Ley 20.584 de Derecho y Deberes de los pacientes, indica que, la información clínica es un dato sensible de conformidad con el artículo 2° de la Ley 19.628. Y, el artículo 13 de la misma ley citada no incluye a FONASA entre los organismos que pueden solicitar o tener acceso total o parcial al contenido de la ficha clínica. Es por esta razón, que como prestador le asiste la obligación de proteger la información clínica de sus pacientes y – conforme la propia ley señala – el Fondo Nacional de Salud no se encuentra tipificado como uno de los posibles requirientes de dicha información.

Continúa su exposición citando la sentencia de la Corte Suprema en la causa Rol N°38.544 en la que, al revisar el fallo en primera instancia, lo revocó en parte al interpretar que, la negativa de la prestadora, en ese caso, de entregar diez fichas clínicas se ajustaba a la ley, pues su contenido incluye datos sensibles, y el que Fonasa las requiriera para absolverla, vulnera el artículo 19 N°16 y 24 de la Constitución de la República. En el considerando octavo de esta misma sentencia, la Corte Suprema concluye que, en las funciones complementarias que tiene Fonasa y las Seremis de Salud, es la COMPIN la que tiene las facultades para instruir las actuaciones clínicas necesarias para dilucidar si las prestaciones financiadas corresponden a las otorgadas. Indicando con esto, que la única obligación del prestador es entregar nombre, dirección y número de teléfono para que Fonasa actualice sus registros y pueda contactar a sus beneficiarios para el desarrollo de la investigación que lleva a cabo.

En síntesis, concluye que, la entrega de fichas clínicas como único medio de verificación de las prestaciones realizadas, como lo refiere el cargo N°1, está sujeta al límite legal respecto de la protección de los datos sensibles establecido en la Ley 20.584, tal como lo ha razonado la Corte Suprema en el fallo señalado, sumado a que, no se verifica la autorización de la entrega, por cada uno de los pacientes, y no se exhibe en la fiscalización autorización tal para realizar dicha acción, no le resultó pertinente la entrega de dichos datos al momento del primer requerimiento documental.

Sumado a lo anterior, razona con relación a los datos que FONASA expone en el oficio 27712/2024 al señalar que, la denuncia que funda la fiscalización indica atención en box de kinesiológica o que los beneficiarios contactados telefónicamente admitieron atención por parte del prestador en la cantidad de sesiones pagadas, con lo cual interpreta

que no está en duda el otorgamiento de las prestaciones. Consecuentemente, si se considera que no le asiste la obligación de dar cuenta de las fichas clínicas de cada uno de sus pacientes y además ninguno de los pacientes fiscalizados vía telefónica dio cuenta de la falta de alguna de las prestaciones referidas, basta sólo la valoración de los antecedentes tenidos a la vista para dar cuenta que no es posible sostener "per se" que las prestaciones no fueron otorgadas, ya sea por la falta de entrega de fichas clínicas, o, sea por el testimonio de la muestra estadística seleccionada por el propio fiscalizador.

Agrega que, fundamentar el cargo N°1 en la ausencia de registros de respaldo a sabiendas que legalmente no le asiste obligación alguna para hacer entrega de estas, que el carácter remoto de la investigación impidió al fiscalizador corroborar *in situ* la existencia de las fichas señaladas como ausentes, y que la entrega oportuna de los antecedentes solicitados preliminarmente da cuenta de la existencia de estos, hace del todo llamativo el uso de ese fundamento, debiendo por tanto – conforme a todo lo hasta aquí indicado – dejarse sin efecto los argumentos planteados, absolviéndolo del cargo señalado.

Del cargo N°2: Respecto de la fundamentación del cargo en general expone que le llama la atención que el Cargo N°1 se fundamente en no contar con los registros de respaldo por las prestaciones realizadas, a pesar de haber sido puesto a disposición del ente fiscalizador los antecedentes solicitados en oficio ordinario que notifica este procedimiento. Y, que habiéndose no considerado tales antecedentes como registros de atención para efectos del cargo N°1, respecto del cargo N°2 sean los mismos registros no considerados para tales efectos, lo que entregan los antecedentes que fundan el segundo cargo. La duda que cabe en este espacio es ¿hay o no hay registro respecto de las prestaciones realizadas por este profesional?

Así, hace notar para el cargo 2.1 que, el hecho verificado sería el cobro de prestaciones de mayor valor que las efectivamente realizadas contra registro de atención, y para el cargo 2.2 se habría constatado que no fueron realizadas contra registro que indicó abandono o un número menor de sesiones realizadas con relación a las cobradas.

"De lo anterior, cómo es posible para el ente fiscalizador constatar la existencia de falta de prestaciones o prestaciones mal ingresadas a cobro, si de plano no se validó la información proporcionada por este prestador para efectos del cargo primero. En tal sentido, no es posible sustanciar o sostener el cargo N°2 con información que se consideró relativa o insuficiente respecto del Cargo N°1. Como consecuencia de esta incongruencia, se solicita se tenga a la vista tales antecedentes, absolviendo a esta parte del cargo señalado (sic)."

En lo referente al cargo 2.1, razona que en el informe de cada beneficiario se dio cuenta del domicilio en el cual se realizaron las prestaciones lo que deja sin fundamento el señalar que no se describe el lugar en donde se realizó la atención sesión a sesión.

Explica que de aquellos pacientes que informaron haber sido atendidos en el Centro Kine & Sport, ubicado en O'Higgins 400, La Calera, en donde en efecto presta servicios de manera particular señala que por la conveniencia terapéutica para seis personas detalladas las atenciones tuvieron un origen domiciliario, estas fueron complementadas en el centro kinésico con el único fin de ampliar el espectro de ejercicios y manejo de las lesiones. Argumenta que la modificación del cambio de lugar de atención no fue con intención de producir desmedro a Fonasa si no solo persiguió aumentar espacios de recuperabilidad al incorporar una infraestructura mayor para el tratamiento.

Respecto del cargo 2.2 indica que por regla general todo paciente ingresa a tratamiento kinésico con 10 sesiones, una de evaluación y nueve de terapia, programadas en tres sesiones semanales. La responsabilidad de la adherencia al tratamiento esta siempre de lado del paciente. La Ley no señala el mecanismo para dividir el cobro de las prestaciones efectivamente realizadas versus las programadas. Entonces, cualquier acción que permita corregir dicho cobro depende también de la acción y voluntad del paciente involucrado, por ende, no existe responsabilidad de dicho cargo en este profesional, más considerando que se programó dichas sesiones pendientes sin ser cumplidas por los pacientes señalados.

Para 7 de los 9 tratamientos afectados en el cargo 2.1 por homologación de prestaciones, envía "ficha del usuario" con detalle de terapias realizadas asociadas a la fecha de sesión. Y para los cuatro tratamientos afectados por el cargo 2.2 de prestaciones no realizadas, también envía "ficha del usuario" con las fechas sesión a sesión y las terapias realizadas.

Del cargo N°3, por no actualizar lugar de atención en el convenio: Indica que, en la actualidad las prestaciones que realiza siguen siendo aquellas ligadas al código 0601106, tal como ha sido desde la fecha del inicio de su convenio. La relación con el centro kinesiológico citado se da en el marco de una relación de prestaciones privadas, asociadas al gimnasio que funciona en paralelo a dicho centro. Dado que, el uso de estas instalaciones tiene como finalidad la complementación terapéutica que los insumos y materiales disponibles en dicho centro hacían respecto de las terapias programadas con dichos usuarios. Por tanto, no es una conducta habitual, situación que se ve reflejada en aquellos pacientes que al ser consultados telefónicamente señalan haber recibido atenciones en sus domicilios, hecho que a su vez demuestra que no existe intención de engañar u homologar los códigos de las atenciones para propiciar un mayor cobro, dado que dichas

declaraciones – de pacientes atendidos en su domicilio – se colige con su calidad de prestador domiciliario, por ende, no existen antecedentes que actualizar a razón del cargo señalado, razón por la cual este debe ser desestimado.

Del cargo N°4 por incumplimiento normativo, en específico lo señalado en el 4.1, por la falta de presentación de orden médica, admite su obligación del resguardo de las prescripciones médicas, las que, en su mayoría, fueron acompañadas al momento de la notificación de la investigación. Sin embargo, la fundamentación del cargo parece inconsistente con la norma infraccionada. En efecto, dado que es requisito para la venta de BAS en sucursal la exhibición de la prescripción médica, ninguna de las prestaciones que ha ejecutado y cobrado se han iniciado sin una prescripción médica. Tampoco es sancionable, que las ordenes medicas se encontrasen si timbre de la sucursal, entendienddo que dicho procedimiento debe ser salvaguardado por el FONASA a la hora de la venta del BAS.

En síntesis, eventualmente podría ser sancionable la conducta de no tener a mi resguardo las ordenes medicas – a pesar de que en su mayoría fueron adjuntas al momento de ser requeridas – sin embargo, no se puede hablar de ausencia de prescripción ni falta de orden médica, considerando cual es la estructura de venta y posterior cobro de las prestaciones ejecutadas por cada profesional inscrito en el registro de prestadores.

En las carpetas digitales envía, nuevamente, las mismas prescripciones ya enviadas en etapa anterior.

De la infracción descrita en numeral 4.2, por cobro del código 0601101 por continuación de tratamiento: *"Sobre la relación de continuidad del tratamiento y la prestación de evaluación, vale mencionar lo siguiente. En efecto, el tratamiento kinésico supone una particularidad. Al ser solicitada por el médico tratante las sesiones – por lo general 10 – sobre esta se trazan objetivos generales y específicos asociados a recuperabilidad y adaptabilidad del paciente respecto de la lesión o condición tratada. Dicha programación supone la existencia de límites definidos por el estado de la lesión o las condiciones asociadas a esta. En tal sentido, una vez cumplida la primera tanda de sesiones, aquellos pacientes que requieren una continuidad en sus terapias, siempre están mediadas por la intervención en control de su médico tratante, quien por cierto en la mayoría de los casos suscribe una nueva orden de atención kinésica y , a su vez, proporciona al profesional kinesiólogo nuevas directrices respecto del estado clínico de la lesión o condición del paciente, abriendo o cerrando nuevas dimensiones de tratamiento o intervención conforme a la evolución del paciente. En tal sentido, dadas las particularidades de la intervención kinésica, se hace imprescindible realizar una nueva evaluación con el propósito de hacer parte de la nueva fase las recomendaciones el médico tratante, así como también informar al paciente de los nuevos logros esperados, ejercicios y características de la intervención, tal como se hace al iniciar un tratamiento. Por tanto, presumir la continuidad del tratamiento, solo desde una perspectiva administrativa, sin poner acento en los requerimientos clínicos derivados de la atención medica parece carecer de fundamentos y ser una percepción que no está dotada de realidad, por lo cual, los alcances del cargo señalado carecen de fundamento, por lo cual debe ser desestimado (sic)."*

De la infracción descrita en el numeral 4.3, por cobro que supera el máximo financiero del beneficiario: Argumenta que, aunque este normado no es su responsabilidad salvaguardar el cumplimiento de la cuota anual de atenciones. Esa limitante deber ser señalada por FONASA al momento de la venta del BAS, entendienddo que es el Fondo quien cuenta con la interoperabilidad para llevar adelante dicho control. Luego, razona que, en el caso de pacientes que consultan con más de un kinesiólogo, el que atienda sobre la sesión 30 debiera ser sancionado por esta infracción, con lo que, se reafirma que es entre Fonasa y el paciente los que deben resolver sobre la aplicación de esta limitante. Por todo lo anterior, el cargo debe ser desestimado.

De la infracción descrita en el numeral 4.4 por aceptar BAS más allá de los 30 días de vigencia, no ofrece descargos.

De la infracción descrita en el numeral 4.5, por el cobro de los BAS antes de entregar la prestación: Razona que, no existe fundamento que, de cuenta de la no realización de las prestaciones, confirmado por la entrevista a 11 beneficiarios quienes señalan diferencia en el lugar de atención, pero no así respecto del total de las prestaciones otorgadas o la calidad de estas. En ese contexto, puede ser responsable de un cobro anticipado, vulnerando la normativa al respecto, sin intención de defraudación, solo cobra antes de otorgar las prestaciones. Consecuentemente, solicita tener en cuenta los antecedentes referidos a la hora de sancionar la infracción detectada

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

De los descargos por el cargo N°1, sin registro: Revisados los antecedentes enviados se validan 409 registros de las 534 prestaciones contenidas en este cargo. El registro "ficha del usuario" enviado puede presumirse que no es un registro que hace al momento de la atención cada vez que esto ocurre dado que, si desconoce al inicio del tratamiento de 10 sesiones si el paciente requerirá de continuación y por cuantas sesiones adicionales ¿cómo puede no equivocarse en la fecha de egreso? Del mismo modo, se plantea la misma inquietud con las evaluaciones finales, pues el que recomiende control con su médico tratante no significa que efectivamente prolonguen el tratamiento o siquiera que el paciente regrese a continuar su atención con el mismo prestador. En ese contexto, para cuatro fichas de usuario, correspondiente a 52

Del análisis de los registros enviados, no se encuentra en ninguna de las sesiones o anamnesis o conclusión alguna anotación que permita modificar lo declarado por los beneficiarios, en el sentido de haber sido atendidos en box de consulta kinésica y no en su domicilio. En todo caso, refuerza la comisión de la infracción su declaración de cambiar el lugar de atención, en beneficio del paciente, transparentando que no solicita el cambio del código correspondiente para evitar el mal uso del financiamiento del seguro.

Del descargo al cargo 2.2, tanto en el informe preliminar como luego, en la ficha del usuario, consigna que los respectivos pacientes no terminaron la totalidad de prestaciones pagadas con lo que se confirma el cobro por prestaciones no realizadas. La excepción ocurre para el paciente RUT 12601746-4, para el cual detalla en el informe kinésico que fueron 38 sesiones de tratamiento, pero en la ficha del usuario enviada en sus descargos, hay 30 sesiones ingresadas con sus fechas y terapias, lo que deja entender que el BAS con 10 sesiones emitido y cobrado con posterioridad a la fecha tope del periodo de esta fiscalización, quedó con 2 prestaciones cobradas y no realizadas.

Consecuentemente, el cargo 2.1 no se desvirtúa por el argumento utilizado por el prestador el que, por el contrario, reafirma el uso indiscriminado del código de atención domiciliaria sin importar el lugar en donde realice la atención, por lo que se mantiene a firme.

El cargo 2.2 se desvirtúa parcialmente, al validarse del registro en "ficha del usuario" dos prestaciones contenidas en el BAS Folio N°416986456, de las 15 afectadas en este cargo.

Del descargo por el cargo N°3 por no mantener actualizado su convenio: El prestador en su argumento, desconoce la normativa que distingue al código 0601106 como de uso exclusivo en el domicilio del paciente. Teniendo en cuenta que el prestador debe evaluar a su paciente para programar el tratamiento, es posible que discrimine cuantas sesiones requerirá de un código domiciliario o del código para atención ambulatoria, previo a la compra del BAS. Se suma a esto, el que debe esperar a terminar el tratamiento para cobrar el BAS que incluye las prestaciones del tratamiento; por tanto, siempre es posible solicitar al beneficiario el cambio de los códigos de cobranza para que refleje las atenciones efectivamente otorgadas, según el lugar en que las realizó. Desconoce, del mismo modo, su obligación a actualizar los lugares de atención, así como cualquier otro dato que afecte al convenio suscrito con el Fondo, incluso negando esta obligación a pesar de admitir que atiende en lugar no inscrito en su convenio.

No habiendo impedimentos administrativos para que utilice los códigos de cobranza adecuados al lugar de atención en que realiza las prestaciones, si hace la solicitud de actualización correspondiente, no hay justificación para desvirtuar el cargo, el cual se mantiene a firme.

Del descargo por el cargo N°4, por incumplimiento normativo para la infracción detallada en el punto 4.1: De los 18 tratamientos que quedaron sin el respaldo de orden médica, envía prescripción médica para dos.

En cuanto a su argumento de considerar que debió haber prescripción médica para todos y cada uno de los tratamientos cobrados dado que el correspondiente BAS fue vendido por sucursal Fonasa, es atendible considerando el procedimiento de venta en sucursal, lo que incluye los dos casos en los que envía una constancia de haber devuelto las indicaciones médicas a los respectivos beneficiarios. Del mismo modo, es atendible el argumento con el que justifica la falta del timbre del cajero Fonasa en la indicación médica del tratamiento. Pero tal como también señala en su argumentación, esto no lo exime de su obligación de resguardar la prescripción médica hasta por 5 años y exhibirla si es requerida en fiscalización Fonasa.

El cargo se desvirtúa parcialmente por modificar cantidad de prestaciones afectadas por la ausencia de prescripción médica, al quedar 16 tratamientos para los que no guardó la orden médica.

Del descargo por la infracción señalada en el punto 4.2 por cobro del código 0601101 por continuación de tratamiento: El argumento no responde a la normativa que le permite el cobro de dos evaluaciones integrales por tratamiento, cuyo razonamiento es que no se ajusta a la realidad y por tanto, puede no acatar la instrucción normativa. Ante esto, cabe recordar que el prestador al suscribir voluntariamente el convenio como prestador del rol, debe ajustar su conducta de cobranza a lo que regula la normativa para la aplicación del Arancel.

No habiendo antecedentes nuevos que analizar y no siendo atendible el argumento presentado, el cargo se mantiene a firme.

Del descargo por la infracción señalada en el punto 4.3 por cobro más allá del máximo financiero por beneficiario: El prestador está obligado a conocer la normativa y darle cumplimiento. Los casos señalados en esta infracción corresponden a tratamientos consecutivos realizados por el mismo prestador y que superan las 30 prestaciones anuales.

No exhibe antecedentes que den cuenta que certificó la necesidad de ampliar el tratamiento en aras de obtener la recuperación del estado de salud de su paciente, para ser presentado ante el seguro por el beneficiario.

El argumento presentado no desvirtúa el cargo y no hay antecedentes nuevos que analizar. El cargo se mantiene a firme.

Para la infracción señalada en el punto 4.4 por uso del BAS más allá de los 30 días de vigencia, no habiendo descargos que analizar, el cargo se mantiene a firme.

Del descargo por la infracción señalada en punto 4.5 por cobro de BAS antes de otorgar la prestación: Admite la infracción y no demuestra intención de modificar esta conducta. No habiéndose desvirtuado el cargo, éste se mantiene a firme.

15. Que, en sesión del 09/01/2025, la Comisión de Sanción Zonal, 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 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:

- a) "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).
- b) "Por homologación de códigos por prestaciones existentes en el Arancel, pero que sean de mayor valor a las efectivamente realizadas". Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.2).
- c) "De prestaciones no realizadas". Infracción señalada en Punto 30.1 letra b.4).
- d) "Falta de actualización de la planta de profesionales, lugares de atención y otros antecedentes". Infracción señalada en el Punto 30.1 letra h).
- e) "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).

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

N° Cargo	Breve descripción cargo	N° Prestaciones involucradas	Monto total involucrado \$	Monto FAM involucrado \$	Monto copago involucrado \$
1	Sin registro	125	1.226.460	471.210	755.250
2.1	Homologación	90	200.000	77.100	122.900
2.2	No realizada	13	122.060	46.870	75.190
3	Convenio no actualizado	-	-	-	-
4.1	Sin OM	-	-	-	-
4.2	Continuación de tto.	20	55.680	21.480	34.200
4.3	Supera Máx. Financiero	40	-	-	-
4.4	Acepta BAS vencido	-	-	-	-
4.5	Cobro anticipado de BAS	-	-	-	-
TOTAL		288	1.604.200	616.660	987.540

Atendidos los antecedentes que, verificaron el 37% de las prestaciones fiscalizadas con infracción, que no ha representado intención de modificar la conducta de cobranza como prestador del rol para dejar de percibir un excedente al homologar código por no actualizar su convenio agregando lugar de atención que le permita cobrar la atención con el código que corresponda según sea en box o en domicilio del paciente; pero, teniendo en cuenta que es el primer proceso administrativo, la Comisión propuso aplicar la sanción de amonestación y aplicar una multa proporcional a la infracción constatada aumentada en 20 U.F. por las infracciones no asociadas a BAS, sanción que esta autoridad comparte, motivo por el cual dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APLÍCASE al prestador **D. GUILLERMO ANDRES MARCHANT ZAMORA, RUT** [REDACTED], como consecuencia de los cargos formulados mediante Ord. 5R N°27713/2024 del 29/11/2024 de este servicio, la sanción de **Amonestación** y el pago de una **Multa** de **62 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. 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 30 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de esta Resolución, debiendo enviar copia del pago realizado al Departamento de Fiscalización y Contraloría de la Dirección Zonal Centro Norte, a través del correo electrónico naraya@fonasa.cl, para el registro del cumplimiento de la medida sancionatoria.

3. NOTIFÍQUESE esta Resolución al prestador por correo electrónico a la dirección inscrita en su convenio, autorizada como forma especial de notificación en Oficio Ordinario 5R N°28866/2024 del 16/12/2024, con copia a fcojares@gmail.com.

4. 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 la notificación de la presente Resolución. Dicho recurso debe ser presentado a través de vía electrónica, al correo iharris@fonasa.cl, con copia a naraya@fonasa.cl.

5. 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"



**DANIELA ELENA AMPUERO AZUA
DIRECTOR(A) ZONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

DISTRIBUCIÓN:

SR. GUILLERMO ANDRES MARCHANT ZAMORA, RUT [REDACTED]

[REDACTED]
OFICINA DE PARTES (AFECTA AL ART. 7° LETRA G) LEY N° 20.285/2008)

DPTO. MONITOREO

DPTO. DE FISCALIZACION Y CONTRALORÍA DE PRESTACIONES

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

fmvg11gJ

Código de Verificación

