



RESOLUCION EXENTA 3G /N° 2012 18 JUN '13

**MAT: AUTORIZA TRATO DIRECTO PARA CONFIRMACION DIAGNOSTICA, PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD (GES) "TRASTORNO DE GENERACION DEL IMPULSO Y CONDUCCION EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO", "CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS" Y TRATAMIENTO PARA PROBLEMA DE SALUD CON GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD (GES) CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS", CON CLÍNICA DÁVILA Y SERVICIOS MÉDICOS S.A., RUT 96.530.470-3**

---

**VISTO:**

Las facultades que me confiere el Libro I del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 10 de 2013, del Ministerio de Salud; la Ley N° 19.966 y el Decreto Supremo N° 1/2010, del Ministerio de Salud; la Ley 19.886 y su reglamento contenido en el D.S. N° 250, del 2004, del Ministerio de Hacienda; la Ley N° 20.641 que aprueba el presupuesto del sector público para el año 2013; la Resolución Exenta 3A/N° 1.455 de 2002, del Fondo Nacional de Salud y sus modificaciones posteriores y la Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República; y,

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que, de acuerdo a lo que dispone el párrafo segundo de la letra b) del artículo 50, del D.F.L N° 1/2005, del Ministerio de Salud, FONASA se encuentra facultado para celebrar convenios con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones de salud en la Modalidad de Atención Institucional.
- 2.- Que, el Decreto N° 1/2010, del Ministerio de Salud, que aprobó los problemas de salud y las Garantías Explícitas en Salud, entre ellos, "TRASTORNO DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO", que tiene garantía de oportunidad para la Confirmación Diagnóstica dentro de los 30 días desde la sospecha.
- 3.- Que, el Decreto N° 1/2010, del Ministerio de Salud, que aprobó los problemas de salud y las Garantías Explícitas en Salud, entre ellos, "CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS", que tiene garantía de oportunidad para la Confirmación Diagnóstica dentro de los 30 días desde la sospecha.

- 4.- Que, el Decreto N° 1/2010, del Ministerio de Salud, que aprobó los problemas de salud y las Garantías Explícitas en Salud, entre ellos, "CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS", que tiene garantía de oportunidad para la Etapificación dentro de los 60 días desde la confirmación diagnóstica.
- 5.- La responsabilidad del Fondo Nacional de Salud de otorgar a los beneficiarios del Libro II, del D.F.L. N° 1/ 2005, del Ministerio de Salud, las prestaciones asociadas a los problemas de salud, en forma y condiciones de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera establecidos en el D.S. N° 1/2010, del Ministerio de Salud, en la Ley N° 19.966 y sus reglamentos.
- 6.- Que, FONASA con la finalidad de dar cumplimiento a la garantía de oportunidad, para alguno de los 69 problemas de salud, señalados en el decreto precedente, requiere designar segundo prestador, a objeto de asegurar la entrega de las prestaciones que tienen su garantía incumplida.
- 7.- Que, revisado el sitio electrónico Mercado Público, específicamente el Convenio Marco ID N° 2239-21-LP 10, "Prestación de Servicios de Salud GES", se constató que no existe convenio u oferta disponible para la confirmación diagnóstica de los problemas de salud GES "TRASTORNO DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO", y "CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS", ni para la Etapificación del problema de salud GES "CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS", que afecta a tres asegurados, por lo que es necesario contratar directamente con algún prestador que pueda otorgar las prestaciones en los plazos requeridos.
- 8.-Que, mediante folio N° 750419, de fecha 15 de mayo de 2013, don Luis Horacio Baldrich Barceló, presentó reclamo al Fondo Nacional de Salud por incumplimiento de la garantía de oportunidad del problema de salud GES Confirmación Diagnóstica, "TRASTORNO DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO".
- 9.- Que, mediante folio N° 750274, de fecha 13 de mayo de 2013, doña Marcia Elena Bravo Musiate, presentó reclamo al Fondo Nacional de Salud por incumplimiento de la garantía de oportunidad del problema de salud GES Confirmación Diagnóstica, "CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS".
- 10.- Que, mediante folio N° 749998, de fecha 6 de mayo de 2013, don José Hilario Sánchez Ortiz, presentó reclamo al Fondo Nacional de Salud por incumplimiento de la garantía de oportunidad del problema de salud GES Etapificación, "CÁNCER DE PROSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS".
- 11.- Que, en el artículo N° 11, del DS N°1/2010 del Ministerio de Salud se refiere a la garantía de oportunidad y al procedimiento para hacerla efectiva, cuando el prestador designado por el FONASA no esté en condiciones de cumplir con la garantía de oportunidad por cualquier causa. En su numeral 3, establece el plazo máximo que será de 10 días, para los efectos de la nueva designación del prestador, para hacer efectiva la garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento.
- 12.- Que, en atención a lo señalado es necesario la contratación directa para la compra de servicios de prestaciones de salud GES, que permitan resolver los problemas de salud, de los asegurados que tienen su garantía de oportunidad incumplida.

13.- Que, Clínica Dávila y Servicios Médicos S.A., cuenta con la capacidad técnica y administrativa para dar cumplimiento a la prestación de los servicios encomendados y en los plazos señalados en el D.S. N° 1/2010, según consta en correos electrónicos de fechas 17 de mayo de 2013, y 22 de mayo de 2013, de Brunilda Sépulveda S., funcionaria del Subdepto. de Gestión Comercial Privados del FONASA.

14.- Que, según lo reseñado precedentemente se configura en la especie, la causal de compra directa establecida en el numeral 3, del artículo 10, del Decreto Supremo N° 250, de 2004 del Ministerio de Hacienda, que contiene el Reglamento de la Ley N° 19.886, esto es, que procede el trato o compra directa, en casos de urgencia, la que se configura en los casos reclamado respecto del cual debe otorgarse la prestación en el plazo de 10 días desde la designación del prestador, por lo que dicto la siguiente:

### RESOLUCIÓN

1.- Autorízase el trato directo para las prestaciones de servicios de Confirmación Diagnóstica, para los problemas de salud con Garantías Explícitas En Salud (GES) "Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso", "Cáncer de Mama en personas de 15 Años y más" y Tratamiento para problema de salud con Garantías Explícitas en Salud (GES) "Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más", por el monto de \$ 2.395.601 (dos millones trescientos noventa y cinco mil seiscientos un peso), al prestador:

• **CLÍNICA DÁVILA Y SERVICIOS MÉDICOS S.A., RUT N° 96.530.470-3.**

2.- Los asegurados del Fondo Nacional de Salud, derivados a CLÍNICA DÁVILA Y SERVICIOS MÉDICOS S.A., para Confirmación Diagnóstica, para los problemas de salud con Garantías Explícitas En Salud (GES) "Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso", "Cáncer de Mama en personas de 15 Años y más" y Tratamiento para problema de salud con Garantías Explícitas en Salud (GES) "Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más", según detalle a continuación, son:

NOMBRE	RUT	PROBLEMA DE SALUD	INTERVENCIÓN SANITARIA	PRESTACION	PRECIO
Luis Horacio Baldrich Barceló	██████████	"Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso"	Diagnóstico	Confirmación Diagnóstica	\$ 182.130
Marcia Elena Bravo Musiate	██████████	Cáncer de mama en personas de 15 años y más	Diagnóstico	Confirmación Diagnóstica	\$2.022.157
José Hilario Sánchez Ortiz	██████████	Cáncer de Próstata en personas de 15 años y	Tratamiento	Etapificación	\$191.314

		más		
--	--	-----	--	--

3.- Apruébanse los Términos de Referencia que se indican para la contratación de servicios de Confirmación Diagnóstica, para los problemas de salud con Garantías Explícitas En Salud (GES) "Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso", "Cáncer de Mama en personas de 15 Años y más" y Tratamiento para problema de salud con Garantías Explícitas en Salud (GES) "Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más":

#### TERMINOS DE REFERENCIA

**"SERVICIOS DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA, PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) "TRASTORNO DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO", "CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS" Y TRATAMIENTO PARA PROBLEMA DE SALUD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) "CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS"**

#### FONDO NACIONAL DE SALUD

##### 1.- INTRODUCCIÓN

El Fondo Nacional de Salud, para enfrentar adecuadamente su rol de asegurador público que le corresponde en la Reforma de Salud y especialmente en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), requiere complementar la oferta pública, para dar respuesta a la necesidad de los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1/ 2005, que requieren la prestación de servicios de Confirmación Diagnóstica, para los problemas de salud con Garantías Explícitas En Salud (GES) "Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso", "Cáncer de Mama en personas de 15 Años y más" y Tratamiento para problema de salud con Garantías Explícitas en Salud (GES) "Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más", patologías incluidas en el Decreto N° 1/2010, del Ministerio de Salud, que por insuficiencia de oferta no pueden otorgarse a través de los Servicios de Salud, de tal forma de asegurar por un lado, el cumplimiento de las garantías y por el otro, apoyar la resolución oportuna de problemas de salud en los establecimientos públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

##### 2.- OBJETIVO

El Fondo Nacional de Salud, requiere contratar los servicios de servicios de Confirmación Diagnóstica, para los problemas de salud con Garantías Explícitas En Salud (GES) "Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso", "Cancer de Mama en personas de 15 Años y más" y Tratamiento para problema de salud con Garantías Explícitas en Salud (GES) "Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más", para tres asegurados cuyas Garantía de Oportunidad se encuentran incumplidas.

##### 3.- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios requeridos comprenden la ejecución de las siguientes prestaciones:

**TRASTORNO DE GENERACIÓN DEL IMPULSO Y CONDUCCIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS, QUE REQUIEREN MARCAPASO  
DIAGNOSTICO**

Confirmación Trastorno de Conducción

CÓDIGO	GLOSA	OBSERVACIONES	Valor
--------	-------	---------------	-------

0101110	Consulta integral de especialidades en Medicina Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (en CDT)	Cardiólogo (2visitas)	24.640
1701001	E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)		7.890
1701006	E.C.G. continuo (test Holter o similares, por ej. variabilidad de la frecuencia cardíaca y/o alta resolución del ST y/o depolarización tardía); 20 a 24 horas de registro	Holter	37.520
1701007	Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17.01.008)		79.740
1701003	Ergometría (incluye E.C.G. antes, durante y después del ejercicio con monitoreo continuo y medición de la intensidad del esfuerzo)	Test de Esfuerzo	32.340
		<b>Total</b>	<b>182.130</b>

• Confirmación Diagnóstica, Cáncer de mama en personas de 15 años y más.

Nivel Especialidad Prestaciones Ambulatorias

Problema Salud	Intervención Sanitaria	Código Prestación	GLOSA	PRECIO
CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MAS	CONFIRMACION DIAGNOSTICA NIVEL ESPECIALIDAD	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y Subespecialidades, Oftalmologia, Neurologia, Oncologia (En Hospitales Tipo 1 Y 2)	35.190
		404012	Ecotomografia Mamaria Bilateral	19.970
		401010	Mamografia bilateral (4 exp.)	24.430
				<b>79.590</b>

NOTA: Prestaciones ambulatorias. Se cobra solo prestaciones realizadas

TOMA DE MUESTRA

Problema Salud	Intervención Sanitaria	Código Prestación	GLOSA	PRECIO
CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	CONFIRMACION DIAGNOSTICA NIVEL ESPECIALIDAD	19-02-212	Toma De Muestra (Incluye Agua Trucut)	112.984
		18-02-212	Toma De Muestra (Incluye Agua Trucut)	22.800
			Materiales Clínicos Quirúrgicos	66.402
		0801005	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CORRIENTE DE BIO	43.780
		0801008	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS	14.870
				<b>260.036</b>

BIOPSIA PERCUTANEA

Problema Salud	Intervención Sanitaria	Código Prestación	GLOSA	PRECIO
CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑO O MAS	CONFIRMACION DIAGNOSTICA NIVEL ESPECIALIDAD	2001022	Biopsia Percutanea Bajo Ultrasonido	51.110
		0404012	Ecotomografia Mamaria Bilateral	19.970
		3101304	Materiales Clínicos Quirúrgicos	68.410
		0801005	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CORRIENTE DE BIO	43.780
		0801008	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS	14.870
				<b>198.040</b>

BIOPSIA ESTEROTAXICA

Problema Salud	Intervención Sanitaria	Código Prestación	GLOSA	PRECIO
CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MAS	CONFIRMACION DIAGNOSTICA NIVEL ESPECIALIDAD	2001050	Biopsia Estereotáctica digital	408.880
		0801005	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CORRIENTE DE BIO	43.780
		0801008	ESTUDIO HISTOPATOLOGICO CON TECNICAS	29.340
				<b>640.000</b>

BIOPSIA RADIOQUIRURGICA

Problema Salud	Intervención Sanitaria	Código Prestación	GLOSA	PRECIO
CONFIRMACION CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MAS	CONFIRMACION DIAGNOSTICA NIVEL ESPECIALIDAD	2002002	Biopsia Radioquirurgica	116.160
		2002002	Biopsia Radioquirurgica	29.040
		2002002	Biopsia Radioquirurgica	0
		2002002	Biopsia Radioquirurgica	34.240
		2002002	Biopsia Radioquirurgica	17.900
		2002002	Biopsia Radioquirurgica	238.600
		2002002	Biopsia Radioquirurgica	76.000
		3101302	Medicamentos Hospitalizados	215.319
		3101304	Materiales Clínicos Quirúrgicos	135.612
		401011	MARCACION PREOPERATORIA DE LESIONES DE LA MAMA (4 EXP.)	64.200

**CONFIRMACIÓN ONCOLOGO**

Problema Salud	Intervención Sanitaria	Código Prestación	GLOSA	PRECIO
CANCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS	CONFIRMACION DIAGNOSTICA ONCOLOGO	101113	Consulta Integral De Especialidades En Medicina Interna Y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología (En Hospitales Tipo 1 Y 2)	16.820

- **Etapificación, Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más.**

Problema Salud	Intervención Sanitaria	Código Prestación	GLOSA	VALOR UNITARIO
ETAPIFICACIÓN CANCER DE PROSTATAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MAS	ETAPIFICACIÓN	05-01-103-00	Oniografía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 05-01-103, cuando corresponda)	70.530
		17-01-001-00	E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)	7.730
		03-01-045-00	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)	3.380
		03-01-034-00	Grupos sanguíneos AB0 y Rho (incluye estudio de factor D <sub>u</sub> en Rh negativos)	2.690
		03-01-059-00	Protrombina, tiempo de consumo de (incluye INR, Relación Internacional Normalizada)	1.700
		03-02-047-00	Glucosa	1.460
		03-02-057-00	Nitrógeno ureico y/o úrea	1.460
		03-02-023-00	Creatinina	1.470
		03-09-022-00	Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024)	2.100
		04-03-016-00	Pelvis (28 cortes, 8-10 mm.)	87.064
		101112	Consulta de especialidades en Urología	11.730
				<b>191.314</b>

Eventualmente, el proveedor podrá otorgar prestaciones complementarias o adicionales, a las señaladas precedentemente a aquellos pacientes que lo requieran, a fin de resolver integralmente su garantía de oportunidad incumplida, las que serán informadas a FONASA para su autorización y serán pagadas de acuerdo al arancel MLE Nivel 3 o al precio que haya sido previamente convenido.

**CONDICIONES DE ENTREGA DEL SERVICIO:**

El PRESTADOR debe contar con Autorización Sanitaria de instalación y funcionamiento vigente, otorgada por la autoridad sanitaria correspondiente y cumplir con las exigencias establecidas en el Decreto Supremo N°1/2010, del MINSAL, que aprueba las Garantías Explícitas en Salud y aquellas establecidas en las "Las Normas Técnico – Administrativas" de la Modalidad Institucional que se encuentre vigente, en lo referente, y corresponda, a las prestaciones de salud objeto de esta contratación.

El PRESTADOR está obligado a entregar a los pacientes derivados en el marco de esta contratación, información escrita, con letra clara, lenguaje sencillo y legible, acerca del tratamiento requerido, los riesgos asociados, y acciones a seguir ante efectos agudos y eventuales complicaciones.

El PRESTADOR deberá cumplir con la entrega de información que FONASA requiera a través del Administrador del Contrato.

El PRESTADOR deberá otorgar un servicio completo, garantizando seguridad y calidad en el otorgamiento de las atenciones contratadas, y asegurando el tratamiento oportuno y adecuado de las complicaciones médicas y/o quirúrgicas que ocurriesen durante la permanencia del beneficiario en dependencias del prestador.



El PRESTADOR deberá contar con capacidad resolutive propia que resguarden y permitan un adecuado manejo de las eventuales complicaciones relacionados con la cirugía requerida, específicamente servicio de transfusión, laboratorio clínico, imagenología y traslado de emergencia u otros servicios que se requieran para la atención integral y completa del paciente.

En el caso de tratamientos quirúrgicos, el cirujano tratante deberá registrar en la ficha clínica y/o protocolo operatorio la atención otorgada, los profesionales que participaron en la intervención, como asimismo a solicitud del paciente o familiar responsable, deberá entregar un informe escrito, claramente legible, sobre el tratamiento realizado agregando toda la información clínica útil sobre variantes o complicaciones de la intervención y tratamientos otorgados. En dicho informe, el cirujano tratante deberá identificar claramente al paciente (nombre y RUT), fecha y lugar de la atención, y sus antecedentes, nombre completo, RUT y dirección profesional del primer cirujano, todo lo cual deberá quedar ratificado con su firma. Las biopsias y exámenes anatomopatológicos deben quedar registrados.

## **MECANISMO DE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES**

Las prestaciones que se establecen en la presente contratación se entregarán a todos aquellos asegurados que previo reclamo, son derivados por FONASA a través de un correo electrónico que posteriormente es ratificado mediante un Ordinario de Respuesta de Reclamo GES, que son los únicos documentos válidos para que el PRESTADOR otorgue la prestación de salud, en el marco de este contrato y bajo la responsabilidad financiera de FONASA.

Una vez que se emite el correo electrónico de derivación, que luego es respaldado por un Ordinario de Respuesta Reclamo GES, el Administrador deberá coordinar con el PRESTADOR, para que el asegurado se atienda en un plazo máximo de 10 días, plazo que se contará según lo establecido en el artículo 11 del Decreto Supremo N° 1, de 2010, del Ministerio de Salud, que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

## **PROCESO DE ATENCIÓN**

En el caso que FONASA designe un segundo prestador, otorgará al asegurado un Ordinario de Respuesta de Reclamo GES, indicando el prestador y la prestación que se solicita realizar. Estos documentos que emita FONASA deberán ser entregados al PRESTADOR por el asegurado al momento de presentarse a la atención.

El PRESTADOR deberá informar antes de los 10 días a FONASA, cuando no disponga de cupos de atención para el ingreso de nuevos pacientes o bien cuando la atención requerida no pueda iniciarse dentro de los diez días siguientes desde la información que FONASA entregue al prestador con la nómina de asegurados.

Si por razones ajenas a la voluntad del PRESTADOR, la prestación indicada en el Ordinario de Respuesta de Reclamo GES, no pudiera ser realizada dentro de los diez días siguientes a la fecha en que le fue informada la designación como prestador por parte de FONASA, éste deberá informar por escrito (carta, fax o correo electrónico) dentro del plazo de diez días señalado precedentemente al Administrador del Contrato, indicando los motivos que le impiden cumplir con su compromiso dentro del plazo.

Una vez informados los pacientes derivados para su atención y su teléfono de contacto, el PRESTADOR deberá contactar al asegurado y agendar su atención dentro de los diez días siguientes, a la fecha en que le fue informada la designación como prestador por parte de FONASA.

Una vez agendada dicha hora de atención, el PRESTADOR deberá informar al Administrador del Contrato mediante correo electrónico, para efectos de realizar el seguimiento respectivo.

El Administrador del contrato coordinará e intermediará, con el Hospital de origen del paciente, la entrega al PRESTADOR, dentro de los tres días hábiles, contados desde la emisión del Ordinario de Respuesta Reclamo GES, los exámenes preoperatorios y demás antecedentes clínicos que se requieran para la correcta atención de los asegurados.

En los casos en que el Hospital de origen del paciente no cumpla con el envío de los antecedentes clínicos antes referidos, o estos no se encuentren vigentes, el PRESTADOR deberá solicitar al Administrador del Contrato la autorización por escrito para que los exámenes preoperatorios y evaluaciones previas del paciente, sean realizadas en sus instalaciones y cobradas adicionalmente a la prestación indicada en el Ordinario de Respuesta de Reclamo GES.

El PRESTADOR antes de iniciar el tratamiento, deberá informar al paciente o a sus padres, en el caso de pacientes menores de edad, en reunión privada los alcances del procedimiento que se realizará, obligación que se entenderá cumplida con la firma del formulario "Consentimiento Informado", el que deberá quedar adjunto a la ficha clínica. Dicho formulario deberá ser entregado y explicitado al paciente, por lo menos dos días antes de comenzar el tratamiento.

El PRESTADOR deberá otorgar la prestación indicada en el Oficio, sin discriminar por sexo, edad, tipo de patología asociada y condición epidemiológica (VIH positivo, Hepatitis B o C).

#### **PROCESO DE REGISTRO DE PRESTACIONES**

Todas las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del Régimen de Salud del Libro II DFL N° 1/2005, deberán registrarse en el formulario "Registro de Prestaciones", dejando constancia de las complicaciones observadas y de los controles posteriores a los que fue sometido el asegurado.

Para estos efectos, el PRESTADOR deberá contar necesariamente con la infraestructura informática que permita soportar dicho sistema de información (PC, Internet, correo electrónico, etc.). Este reporte deberá mantenerse actualizado diariamente por parte del PRESTADOR, y será condición exigible para el pago de las prestaciones facturadas.

El PRESTADOR deberá remitir al Administrador del Contrato, el reporte mensual, de la actividad y pacientes atendidos, conforme a lo establecido en la cláusula décima del presente contrato.

#### **4.- PLAZO DE EJECUCION DEL SERVICIO**

Según lo establecido en el Artículo N° 11, del D.S. N° 1/2010, del Ministerio de Salud, la atención médica de confirmación diagnóstica y tratamiento debe ser realizado en el plazo máximo de 10 días contados desde la fecha de asignación de segundo prestador.



## **5.- CONTRATO Y DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL**

El contrato será redactado por el Abogado del Subdepartamento de Gestión Comercial Privados, de conformidad a estos términos de referencia, y contemplará los siguientes aspectos.

- a) Breve descripción de los servicios que se prestarán y se encomiendan.
- b) Precio de los servicios, con indicación de su forma de pago según numeral 10 y 11 de estos Términos de Referencia.
- c) Vigencia del contrato: la que será de 4 meses a contar de la fecha de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba. Sin embargo, que por razones de buen servicio y cumplimiento de las obligaciones legales y constitucionales que tiene FONASA, para con los beneficiarios legales esas prestaciones podrán otorgarse anticipadamente desde la fecha de suscripción del convenio, quedando su pago condicionado a la total tramitación de la Resolución aprobatoria, todo ello en conformidad a lo establecido en el Dictamen N° 11.189/2008 de la Contraloría General de la República.
- d) Causales de terminación anticipada del contrato, según lo establece el numeral 6 de estos Términos de Referencia.
- e) Multas, en la forma y procedimientos que se señalan en el numeral 7 y 8 de estos Términos de Referencia.
- f) Garantía de Fiel Cumplimiento de Contrato, establecida en el numeral 12 de estos Términos de Referencia.
- g) Designación de un Administrador del Contrato, por parte del Fondo Nacional de Salud, quien supervisará y fiscalizará el servicio prestado y su correcto cumplimiento según numeral 9 de estos Términos de Referencia.
- h) Prórroga de competencia, a los tribunales Ordinarios de Justicia de la ciudad y comuna de Santiago.
- i) Cláusula de total confidencialidad de conformidad al numeral 13 de estos Términos de Referencia.
- j) Documentos que integran y complementan la relación contractual son los siguientes:
  - Términos de Referencia y sus correspondientes anexos.
  - Oferta Técnica y Económica
  - Resolución que Autoriza Compra Directa

## **6.- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO**

- a) Quiebra o estado de notoria insolvencia del PRESTADOR, verificada por el Fondo Nacional de Salud.
- b) Disolución de la Sociedad del PRESTADOR
- c) Resciliación o mutuo acuerdo entre Fonasa y el contratado.
- d) Si las multas aplicadas, excedieren el 5% del valor total del contrato.
- e) Disminución notoria, evaluada y certificada por FONASA, de las capacidades técnicas del PRESTADOR (equipos, infraestructura, profesionales) que vaya en desmedro de la calidad de atención del asegurado,

- f) Por caso fortuito o fuerza mayor, por razones de ley o actos de autoridad que hagan imperioso terminarlo.
- g) Incumplimiento de la cláusula de confidencialidad.
- h) No reponer oportunamente la totalidad de la Boleta de Garantía como consecuencia de cobro de multas, todo en virtud de lo señalado en los numerales 7 y 8 de estos Términos de Referencia.
- i) Usar medios ilícitos en el ejercicio de las funciones, tales como inducir pacientes para la atención.
- j) Término de la vigencia de la Autorización Sanitaria.
- k) Haber sido condenado por prácticas antisindicales o infracción a los derechos fundamentales del trabajador.
- l) Si los representantes o el personal dependiente del PRESTADOR, no observan los más altos niveles éticos o cometen actos de fraude, corrupción, soborno, extorsión, coerción o colusión.
- m) No pago de multas estipuladas en el contrato.
- n) Incumplimiento por parte del PRESTADOR de las normas Legales, Reglamentarias y Administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.

Verificada cualquiera de estas situaciones, el contrato terminará de inmediato, y el Fondo Nacional de Salud hará efectiva sin más trámite, la Garantía de Fiel Cumplimiento, salvo que la causal sea la señalada en las letras f) o c).

Con todo, el Fondo Nacional de Salud, podrá poner unilateralmente término anticipado al contrato, mediante Resolución fundada y con un aviso previo de 30 días.

## **7.- CAUSALES DE MULTA**

El Fondo estará facultado para aplicar multas por las causales que a continuación se señalan:

- a) Cobro indebido de prestaciones: 100% del valor cobrado o por cobrar, sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados indebidamente.
- b) Cobros realizados al beneficiario con objeto de esta prestación: 500% del valor cobrado; sin perjuicio de la devolución de los montos cobrados al beneficiario. Deberá acreditar dicha devolución, entregando copia del comprobante a FONASA.
- c) Incumplimiento imputable al prestador en el plazo de atención, para el otorgamiento de las prestaciones objeto del contrato: 50 UF. Lo anterior, sin perjuicio de la realización de la prestación. No se entenderá que hay incumplimiento en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el PRESTADOR.
- d) Reclamos de los pacientes, atendidos en el PRESTADOR, referidos a la calidad del servicio u atenciones otorgadas, tales como, trato digno y respetuoso a los beneficiarios respetando la confidencialidad, derecho a la información, atención profesional adecuada, entre otros: 20 UF por cada reclamo acogido.
- e) Incumplimiento de las siguientes obligaciones del prestador de conformidad al presente contrato, no enviar en su oportunidad el informe establecido en el

contrato al Administrador del Contrato, no entregar la información al paciente relativa a los cuidados, no acreditar la devolución de cobros indebidos a beneficiarios, informar disponibilidad y posteriormente rechazar derivación: 5 UF por cada evento.

- f) Realizar cambios no autorizados por FONASA, respecto de los servicios contratados, equipamiento, infraestructura o profesionales: 100 UF.
- g) En todos los casos anteriores en que el valor de la multa esté expresado en UF, la transformación a moneda de curso legal para efectos de pago de éstas, deberá ser de acuerdo al valor de la UF correspondiente al día del pago.
- h) Falta de registro que respalden las prestaciones otorgadas a los pacientes beneficiarios, debidamente derivados al prestador: 100% del valor total por concepto de prestaciones no registradas.

## 8.- PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE MULTAS

El procedimiento para la aplicación de multas será el siguiente:

- a) Detectada una situación que amerite la aplicación de multas, por parte del Administrador del Contrato, éste la informará al PRESTADOR, por carta certificada, indicando, la infracción cometida, los hechos que originan la multa y su monto.
- b) A contar del tercer día hábil del despacho de la comunicación precedente, el PRESTADOR tendrá el plazo de cinco días hábiles, para efectuar sus descargos, acompañando todos los antecedentes que estime pertinente.
- c) Vencido el plazo sin presentar descargos el Director de FONASA dictará la respectiva resolución aplicando la multa.
- d) Si el PRESTADOR hubiera presentado descargos en tiempo y forma, FONASA tendrá el plazo de diez días hábiles, a contar de la recepción de los mismos, para rechazarlos o acogerlos, total o parcialmente, lo que se determinará, mediante Resolución del Director de FONASA, comunicándose a través de fax, correo electrónico o carta certificada al Representante Legal del PRESTADOR y al coordinador del contrato.

Procedimiento de reposición:

- a) El PRESTADOR dispondrá del plazo de cinco días hábiles, a contar de la fecha de notificación de la Resolución del Director de FONASA, que le impone la multa, si hubiere sido notificado por correo electrónico, o de ocho días hábiles a contar de la fecha de emisión de la carta certificada, para reponer fundadamente ante el Director del Fondo Nacional de Salud, todos los antecedentes pertinentes a la reposición.
- b) El Director del Fondo Nacional de Salud resolverá dentro de los cinco días hábiles siguientes, acogiendo o rechazando total o parcialmente la reposición. Se notificará dicha resolución por carta certificada.

Cobro de la multa:

- a) Quedará ejecutoriada la multa o la absolución de ella, con la notificación de dicha Resolución del Director de FONASA. Desde ese momento, el PRESTADOR se encontrará obligado al pago de la multa

- b) El monto de las multas será rebajado del pago que FONASA deba efectuar al PRESTADOR en las facturas más próximas.
- c) Los montos percibidos por multa se ingresaran al presupuesto del Fondo Nacional de Salud.

## 9.- ADMINISTRACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL

Para una mejor ejecución del contrato y de manera de asegurar el cabal cumplimiento de las condiciones contractuales FONASA designará un Administrador del Contrato.

Dicha responsabilidad recaerá en el Jefe del Subdepartamento de Gestión Comercial Privados o quien éste designe de su equipo de trabajo, quien será el encargado de cumplir con las obligaciones que se impongan en el presente contrato.

En el desempeño de su cometido el Administrador del contrato deberá, a lo menos realizar las siguientes funciones:

- Coordinar las acciones pertinentes entre el FONASA y el PRESTADOR.
- Monitorear y gestionar el cumplimiento de los plazos establecidos en el contrato para el otorgamiento de las prestaciones.
- Monitorear la actividad y recursos ejecutados por el PRESTADOR.
- Fiscalizar el estricto cumplimiento del contrato, en todos sus aspectos.
- Otorgar autorización para la realización de exámenes y procedimientos adicionales a lo solicitado en el Ordinario de respuesta de Reclamo GES, por un monto mayor a 20 UF.
- Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de los servicios convenidos.
- Coordinar y ejecutar sanciones y aplicación de multas por incumplimiento al Contrato.

## 10.- PRECIO

a) Los precios únicos que pagará FONASA al PRESTADOR, serán los que a continuación se detallan:

- Confirmación Diagnóstica. "Trastorno de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso":
  - \$ 182.130 (ciento ochenta y dos mil ciento treinta pesos).
- Confirmación Diagnóstica. Cáncer de Mama en personas de 15 años y más:
  - **Nivel Especialidad Prestaciones Ambulatorias** (se cobra sólo por Prestaciones realizadas, según detalle numeral 3 de éstos términos de referencia):
    - Consulta Integral de Especialidad Interna y Subespecialidades, Oftalmología, Neurología, Oncología: \$35.190 (treinta y cinco mil ciento noventa pesos)
    - Ecotomografía Mamaria Bilateral: \$19.970 (diez y nueve mil novecientos setenta pesos)
    - Mamografía bilateral: \$24.430 (veinte y cuatro mil cuatrocientos treinta pesos)
  - **Toma de Muestras** (incluye aguja Trucut): \$260.036 (doscientos sesenta mil treinta y seis pesos)

- **Biopsia Percutanea:** \$198.940 (ciento noventa y ocho mil novecientos cuarenta pesos)
  - **Biopsia Esterotaxica:** \$540.000 (quinientos cuarenta mil pesos)
  - **Biopsia Radioquirurgica:** \$926.771 (novecientos veinte y seis mil setecientos setenta y un pesos)
  - **Confirmación Oncólogo:** \$16.820 (diez y seis mil ochocientos veinte pesos)
  - Etapificación, Cáncer de próstata en personas de 15 años y más.
  - \$191.314 (Ciento noventa y un mil trescientos catorce pesos).
- b) En el caso de requerirse prestaciones adicionales a las señaladas precedentemente y en el anexo denominado "Listado de Prestaciones Específico" del Decreto Supremo N° 1/2010, del Ministerio de Salud, que aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. A modo de ejemplo, exámenes preoperatorios, imagenología, procedimientos y controles post alta, se requerirá autorización expresa y por escrito, del Administrador del Contrato, cuyo valor corresponderá al Arancel FONASA Nivel 3, de la Modalidad de Libre Elección, o el valor que se acuerde para prestaciones no codificadas o no inscritas en FONASA.
- c) Otras prestaciones como fármacos e insumos que son habituales y necesarios para el manejo integral de estos pacientes deberán estar incluidas en el valor de la atención.
- d) No procederá ningún tipo de recargo de las tarifas, ni aún por horario inhábil.
- e) El prestador no podrá hacer ningún cobro al asegurado por los servicios contratados.

#### COBRO PRESTACIONES ADICIONALES

FONASA podrá autorizar al PRESTADOR a otorgar prestaciones adicionales a la inicialmente contratada, previa comunicación del PRESTADOR al Administrador del Contrato, mediante correo electrónico, en los siguientes casos:

1. En los casos en que el Hospital de origen del paciente no cumpla con el envío de los antecedentes clínicos.
2. En los casos en que los antecedentes clínicos, señalados precedentemente, no se encuentren vigentes.
3. En los casos en que la condición clínica del paciente amerite que se le realicen exámenes preoperatorios adicionales.
4. En caso de atenciones otorgadas al paciente, en situación de emergencia o complicación imprevista.

En caso de exámenes o prestaciones adicionales autorizadas por el Administrador, deben ser incluidas en la factura de los pacientes atendidos.

#### 11.- FACTURACION Y FORMA DE PAGO DE LOS SERVICIOS

FONASA, a través del Administrador del Contrato, pagará por las prestaciones contratadas conforme se acredite lo siguiente:

- a) Los pacientes deben provenir de un establecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y ser derivados por FONASA, de acuerdo a los criterios de derivación establecidos en el presente contrato.
- b) Que los pacientes tratados correspondan a beneficiarios de la Ley 18.469.
- c) Que las prestaciones otorgadas correspondan efectivamente a la prestación establecida en el Ordinario de Respuesta Reclamo GES que designa segundo prestador.
- d) Que las prestaciones facturadas hayan sido efectivamente otorgadas a los asegurados.
- e) Que el valor cobrado por las prestaciones corresponda al valor ofertado.

Previo al envío de la factura el prestador deberá enviar una prefacturación que contenga lo siguiente:

- Nómina de pacientes atendidos y las prestaciones otorgadas a dichos pacientes según formato que se establecerá en el Contrato.
- Envío de antecedentes clínicos de las atenciones entregadas, IPD en caso de confirmación diagnóstica o protocolo operatorio y epicrisis en caso de tratamiento quirúrgico
- Documento de derivación (Ordinario de designación segundo Prestador)

Aprobada la prefacturación por parte del Administrador del Contrato, se informará al prestador vía correo electrónico de la aprobación de la prefacturación, para el envío de la factura.

El pago de los servicios se hará de acuerdo a las siguientes etapas:

- a) El Fondo pagará las facturas recibidas y autorizadas por el Administrador del Contrato, a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la misma, previo informe y visación del Administrador del Contrato.
- b) De existir reparos u observaciones por parte del Fondo a la factura enviada por cualquier causa, a través del Administrador del Contrato, estas observaciones serán comunicadas por carta certificada al PRESTADOR, para que éste, dentro de un plazo de diez días hábiles contados desde la fecha de recepción de tal comunicación, subsane o aclare los reparos formulados. Una vez que el PRESTADOR haya corregido las observaciones formuladas por el Fondo, éste otorgará su conformidad dentro del plazo de los cinco días hábiles siguientes de recepcionadas por el Administrador del Contrato las correcciones a las observaciones de las facturas, después de lo cual el PRESTADOR deberá entregar la factura respectiva y se procederá a su pago.

Pago de los Servicios por evaluación de paciente sin intervención quirúrgica:

En el caso que el PRESTADOR, no realice la intervención quirúrgica al paciente indicada en el Ordinario de Respuesta de Reclamo GES, debido a que una vez evaluado por el PRESTADOR, se descarta dicho diagnóstico, o el paciente presente patologías concomitantes que ameriten estudios complementarios o que impidan realizar la intervención quirúrgica; se pagará la consulta del especialista por la prestación otorgada, de acuerdo al Arancel de Modalidad de Libre Elección Nivel 3 y/o los exámenes realizados al valor convenido. El prestador deberá adjuntar informe detallado de lo detectado y realizado, contraderivando al paciente a su Hospital de origen.

El PRESTADOR deberá dejar constancia del otorgamiento efectivo de la prestación o la causal por la que ella no se otorgó, con expresa mención de la



razón de la negativa.

- c) El pago de las facturas se hará en la Sección Tesorería del Nivel Central de FONASA, de acuerdo con la forma de pago elegida por el PRESTADOR e informada en el momento de la suscripción del contrato.

## **12.- GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

Para respaldar el íntegro, correcto y oportuno cumplimiento del contrato que se suscriba, el adjudicatario deberá entregar Boleta o Certificado de Fianza, o Póliza de Garantía de Fiel Cumplimiento del Contrato, emitida a la vista y de carácter irrevocable, a favor del Fondo Nacional de Salud, por un monto equivalente al 5 % del monto total del contrato, impuesto incluido, cuya glosa deberá indicar "GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO SERVICIOS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD CON GARANTÍA EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)", y cuyo vencimiento debe exceder en 60 días hábiles a la vigencia del contrato.

El objeto de este documento es garantizar cualquier incumplimiento o infracción a las obligaciones que emanan del contrato, lo que será constatado, ponderado y evaluado por el Administrador del Contrato. También cauciona el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de los trabajadores en los términos señalados en el artículo 11 de la ley 19.886. Sin perjuicio de lo anterior, también se hará efectiva esta garantía sin más trámite, en caso que el contrato termine anticipadamente, por causa imputable al PRESTADOR, conforme lo previene el numeral 6 de estos Términos de Referencia, y para el pago constitutivo de multas, según lo previene el numeral 7 y 8 de los mismos.

Esta garantía será custodiada por la Sección Tesorería del Fondo Nacional de Salud, por el período de su vigencia, y se devolverá a su vencimiento, si no hubieses situaciones pendientes que ameriten hacer efectiva la misma.

## **13.- CONFIDENCIALIDAD**

La información y todos los antecedentes que el PRESTADOR obtenga con motivo de este contrato, tienen carácter de estrictamente confidencial y privado, razón por la cual está expresamente prohibido comentarla o difundirla por cualquier medio y bajo cualquier circunstancia; reservándose el Fondo Nacional de Salud, el ejercicio de acciones civiles y penales en caso de infracción.

## **14.- SUBCONTRATACIÓN**

Durante la ejecución del contrato el contratista no podrá efectuar subcontrataciones.

## **15.- PROHIBICIÓN DE CESIÓN**

Queda expresamente prohibido al PRESTADOR, ceder o transferir en forma alguna, total o parcialmente, y a cualquier título, las obligaciones contenidas en los presentes Términos de Referencia.

## **16.- CONDICIONES GENERALES**

- a) Se deja claramente establecido que desde que el paciente ingresa a las

dependencias del prestador, su tratamiento y protección es de exclusiva responsabilidad y riesgo del PRESTADOR, estando obligado a adoptar todas y cada una de las medidas que sean necesarias para resguardar la salud del usuario derivado, y otorgar la prestación en condiciones seguras y óptimas.

- b) Por lo anterior, el PRESTADOR, bajo ninguna circunstancia, podrá traspasar o encomendar a terceros las obligaciones que le corresponden, por atenciones otorgadas a los beneficiarios de FONASA.
- c) Si el PRESTADOR adjunta un convenio con una institución para realizar exámenes u otra prestación, necesaria para el otorgamiento del servicio contratado, en ningún caso significará que el paciente salga del ámbito de cuidado y responsabilidad del PRESTADOR.
- d) Será deber del PRESTADOR enviar al Hospital de origen, una vez dado de alta el paciente, un informe clínico detallado que incluya lo siguiente: exámenes y procedimientos efectuados, tratamiento, evolución del paciente, firmados por el médico responsable del tratamiento.

#### **MECANISMO DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL**

- a) Para fiscalizar el correcto cumplimiento del contrato, el PRESTADOR deberá proporcionar al Fondo Nacional de Salud, toda la información que éste le requiera, estando expresamente facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso, especialmente a lo requerido por el Administrador del contrato.
- b) Asimismo, el PRESTADOR deberá cumplir con las normas legales, reglamentarias y administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional. En caso contrario, el Fondo podrá cobrar multas al PRESTADOR, las que estarán relacionadas con incumplimientos por parte de éste.

4.- El Contrato será redactado por el Abogado del Subdepto. de Gestión Comercial Privados, en virtud de los Términos de Referencia que rigen para esta contratación directa.

5.- Forma parte integrante de esta Resolución la oferta económica y técnica presentada por CLÍNICA DAVILA Y SERVICIOS MÉDICOS S.A., y aceptada por FONASA, así como los Reclamos Folio N° 749998, 750274 y 750419.

6.- Impútese el gasto que irroga la presente contratación, al presupuesto año 2013, según compromiso presupuestario N° 164581, como se detalla a continuación:

- Partida 16: Ministerio de Salud

- Capítulo 02: Fondo Nacional de Salud
- Programa 03: Prestaciones Valoradas
- Subtítulo 24: Transferencias Corrientes
- Ítem 01: Al sector Privado
- Asig. 011: Bono Auge

7.- Publíquese la presente resolución, en el portal [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), dentro del plazo de 24 horas, a contar de esta fecha, en cumplimiento al artículo 8, letra h, párrafo tercero de la ley 19.886.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**



**PATRICIO MUÑOZ NAVARRO  
DIRECTOR NACIONAL  
FONDO NACIONAL DE SALUD**

CVA/SMN/CTV/PAG/JOC/AGM

**DISTRIBUCION:**

- Clínica Davila
- Departamento de Finanzas
- Fiscalía
- Subdpto. Gestión Comercial Privados.
- Sección de Compras y Abastecimiento
- Oficina de Partes (Afecta Art. 7 letra G), Ley 20.285/2008

Número de ingreso: 191

REGISTRO DE ADMINISTRACION  
FONDO NACIONAL DE SALUD