



**FONASA NIVEL CENTRAL
DIVISIÓN FISCALÍA
DPTO. DE ASESORÍA JURÍDICO ADMINISTRATIVA**

RESOLUCIÓN EXENTA 3G N° 9088 / 2021

MAT.: APRUEBA CONVENIO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y FUNDACIÓN DEBRA CHILE NIÑOS PIEL DE CRISTAL.

SANTIAGO , 06/10/2021

VISTOS:

El convenio suscrito con fecha 13 de noviembre de 2019 entre el Fondo Nacional de Salud y la Fundación Debra Chile Niños piel de cristal, así como el Decreto Exento N°66 de fecha 5 de noviembre de 2019 del Ministerio de Salud y la ley N°20.850;

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º de la ley N°20.850, el Fondo Nacional de Salud debe asegurar la protección financiera para el otorgamiento de los diagnósticos y tratamientos de alto costo cubiertos por dicha ley a todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile, esto es, a los beneficiarios del Régimen Público de Prestaciones de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional y de las instituciones previsionales de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública;

SEGUNDO: Que el artículo 3º de la ley N°20.850 dispone que para contar con el sistema de protección financiera aludido, las prestaciones deben ser otorgadas en la Red de Prestadores que correspondan en conformidad a la misma ley. Sobre ello, el artículo 13 inciso 5º del cuerpo legal en cita señala que *“a través de decreto del Ministerio de Salud, se definirá la red de prestadores que otorgará las prestaciones sujetas al sistema de protección financiera de que trata esta ley”* agregando que *“para que los prestadores que formen parte de la red puedan otorgar tales prestaciones deberán suscribir, previamente, un convenio con el Fondo Nacional de Salud”*;

TERCERO: Que, en cumplimiento de lo señalado en los considerandos que anteceden, el Fondo Nacional de Salud y la Fundación Debra Chile Niños Piel de Cristal, han suscrito, con fecha 13 de noviembre de 2019, un convenio con el objeto de que el establecimiento de salud señalado otorgue las prestaciones de salud que en dicho documento se indican, bajo las condiciones que se estipulan;

CUARTO: Que, el convenio aludido en el considerando que antecede debe ser aprobado mediante el correspondiente acto administrativo para su efectiva vigencia y ejecución; y

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en los preceptos citados en la parte considerativa; en la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N°19.880, que establece Bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado; en los artículos 52, 53 letra a) y l), y 131 y siguientes del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469; en la ley N°20.850, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos; en el decreto supremo N°27, de 2018 del Ministerio de Salud; en la resolución exenta 4A/N°28, de 2019, del Fondo Nacional de Salud; así como lo establecido en la resolución Resoluciones N° 7 y N° 8 de 2019, de la Contraloría General de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

UNO. **APRUEBASE** el convenio suscrito con fecha 13 de noviembre de 2019 entre el Fondo Nacional de Salud y Fundación Debra Chile niños piel de cristal, cuyo texto en el siguiente:

CONVENIO
FONDO NACIONAL DE SALUD
Y
FUNDACIÓN DEBRA CHILE NIÑOS PIEL DE CRISTAL

En Santiago de Chile, a 13 de noviembre de 2019, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, servicio público, rol único tributario 61.603.000-0, representado por su Director don Marcelo Andrés Mosso Gómez, ingeniero civil industrial, cédula de identidad 9.086.743-1, ambos con domicilio en Monjitas 665, comuna y ciudad de Santiago, por una parte y por la otra, **FUNDACIÓN DEBRA CHILE NIÑOS PIEL DE CRISTAL**, entidad de derecho privado, rol único tributario N° 65.881.150-9, representada por don Francis Palisson Etcharren, médico cirujano, cédula nacional de identidad n° 10.793.155-4 ambos con domicilio en Francisco de Villagra 392, Ñuñoa, Santiago, Región Metropolitana, en adelante también “el prestador”, se acuerda celebrar el siguiente convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, el cual se registrará por las siguientes estipulaciones:

PARTE A
ESTIPULACIONES GENERALES

A/UNO

ANTECEDENTES

De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 20.850, constituye obligación del Fondo Nacional de Salud asegurar el otorgamiento de las prestaciones y la protección financiera establecida en el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo que regula dicha ley. Tales prestaciones deben ser otorgadas en la Red de Prestadores que corresponda, la cual será definida a través de decreto del Ministerio de Salud. Para que los prestadores, que forman parte de esta Red, puedan otorgar tales prestaciones deberán suscribir, previamente, un convenio con el Fondo Nacional de Salud.

El prestador ha sido aprobado por el Ministerio de Salud para formar parte de la Red de Prestadores que corresponde, según consta del Decreto Exento N° 66 del 13 de noviembre de 2019, del Ministerio de Salud, por lo que se encuentra habilitado para otorgar las prestaciones a que se refiere la cláusula siguiente, motivo por el cual las partes celebran el presente convenio.

Para todos los efectos legales, el prestador se entenderá adscrito al Sistema Nacional de Servicios de Salud en todo lo relacionado con el otorgamiento de prestaciones contempladas en este convenio.

A/DOS

OBJETO DEL CONVENIO

El prestador se obliga a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes individualizadas en la cláusula B/UNO del presente convenio.

Respecto de cualquier otra atención que el paciente requiera y que se encuentre fuera de las prestaciones convenidas, vale decir, sin la cobertura financiera de la Ley 20.850, el prestador deberá informar al paciente:

1. Que tales prestaciones no se encuentran cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo;
2. Que la cobertura financiera de tales prestaciones se registrará por las normas que correspondan de acuerdo con su sistema previsional de salud; y
3. Que el paciente tiene el derecho a decidir si dichas prestaciones le sean otorgadas por el prestador o ser derivado al prestador de la red asistencial que corresponda de acuerdo con su sistema previsional o de salud. En el caso de los beneficiarios del Fondo Nacional

de Salud que se encuentren en un prestador privado, los pacientes deberán ser derivados al establecimiento público de la Red Pública de atención que le corresponda, para recibir las demás atenciones que necesita bajo la Modalidad de Atención Institucional, según su plan de salud.

Lo anterior, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones legales, reglamentarias y de las estipulaciones del presente convenio que regulan el acceso y cobertura a prestaciones de salud respecto de condiciones de salud que impliquen urgencia vital o secuela funcional grave en los términos señalados en el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud.

El prestador deberá otorgar las prestaciones indicadas anteriormente, de conformidad con las normas establecidas en el decreto supremo que las determina como cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, así como por los protocolos dictados al efecto por el Ministerio de Salud. Dichos instrumentos se entienden formar parte del presente convenio para todos los efectos legales.

No obstante, lo señalado en el párrafo que antecede, el cumplimiento de dichos protocolos no eximirá al prestador de las demás responsabilidades que le correspondieren, derivadas de una mala práctica médica.

El prestador está obligado a dar estricto cumplimiento a la garantía de oportunidad establecida para las prestaciones que se obliga a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. En consecuencia, deberá otorgar dichas prestaciones dentro de los plazos establecidos en el decreto supremo que las determina como cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.

En caso de que prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definidos en la cláusula B/DOS del presente convenio, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador.

El Fondo Nacional de Salud informará el nuevo prestador asignado y la fecha de atención para que el prestador derive al beneficiario con todos los antecedentes al nuevo prestador.

Los productos sanitarios incluidos en los tratamientos de alto costo que otorgará el establecimiento conforme a esta cláusula serán distribuidos por la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud directamente o por medio de terceros debidamente mandatados por dicha Central o por el Fondo Nacional de Salud para tales efectos.

Dichos productos sanitarios serán aquellos individualizados en el presente convenio, y no podrán ser sustituidos por el prestador, quien deberá administrarlos o entregarlos a los pacientes de conformidad con las normas establecidas en el decreto supremo que las determina como cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, así como por los protocolos dictados al efecto por el Ministerio de Salud.

El prestador deberá cumplir con las condiciones de almacenaje de los productos sanitarios que está obligado a administrar o entregar a los pacientes, de acuerdo con las indicaciones que señale el registro sanitario otorgado por el Instituto de Salud Pública de Chile, en el caso de los dispositivos de uso médico para curaciones, o en las demás autorizaciones sanitarias que correspondan en el caso de los elementos de uso médico o los alimentos.

A/TRES

ESTIPULACIONES ESPECIALES RESPECTO DE SITUACIONES DE URGENCIA VITAL O SECUELA FUNCIONAL GRAVE

En el evento que un beneficiario de un tratamiento de alto costo cubierto por la Ley 20.850 presente una condición de salud que implique urgencia vital o secuela funcional grave en los términos señalados en el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, el otorgamiento del tratamiento por el prestador se realizará en la forma que se indica a continuación, según corresponda:

1. Si el paciente que requiere la atención de urgencia o emergencia está recibiendo el tratamiento de alto costo de el prestador, la administración o entrega del producto sanitario que corresponda se realizará con cargo a las existencias disponibles en dicho establecimiento para el mismo paciente, de la misma forma en que debiera realizarse si no existiera la condición de urgencia vital o secuela funcional grave.

2. Si el paciente que requiere la atención de urgencia o emergencia está recibiendo el tratamiento de alto costo de otro prestador, la administración o entrega del producto sanitario, se realizará con cargo a las existencias disponibles en el prestador para otros beneficiarios de la Ley 20.850, de la misma forma en que debiera realizarse si no existiera la condición de urgencia vital o secuela funcional grave. En este caso, la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud realizará la reposición del producto sanitario al prestador previo requerimiento de éste.

3. En el evento de que el prestador no tuviere existencias disponibles del producto sanitario de que se trate para otros beneficiarios de la Ley 20.850 y otorgare el tratamiento con existencias propias o adquiridas para tales efectos, el Fondo Nacional de Salud reembolsará el costo de los productos sanitarios en la forma y por el valor indicado en el reglamento a que se refiere el artículo 3° inciso décimo de la Ley 20.850 (reglamento de mecanismos de reembolso a prestadores).

A/CUATRO

OBLIGACIÓN DE INFORMAR

El prestador deberá informar a los beneficiarios de la Ley 20.850, al menos, respecto de las siguientes materias:

1. De las prestaciones garantizadas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo.
2. Lo concerniente a las garantías de oportunidad y los plazos en los cuales se debe otorgar la prestación a su cargo.
3. Lo relativo a la garantía de calidad, que dice relación con los requisitos que el establecimiento presentó para ser aprobado como prestador de la Ley 20.850.
4. Como opera la garantía de protección financiera, en función de la no existencia de copagos, es decir la gratuidad de los exámenes de confirmación diagnóstica y de los productos sanitarios indicados en el Decreto Supremo N°87, de 16 de noviembre 2015, del Ministerio de Salud. Del mismo modo, deberá informar expresamente y en detalle cuales prestaciones de las que se otorguen al paciente no están cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, y por tanto que la cobertura financiera de tales prestaciones se registrará por las normas que correspondan de acuerdo con el sistema previsional de salud del paciente.
5. Del diagnóstico de alto costo y/o tratamiento de alto costo asociado a una enfermedad o condición de salud, momento en que deberá realizarse la notificación de la confirmación diagnóstica, de acuerdo con el formulario respectivo.
6. La obligación del paciente de atenderse en la Red de Prestadores que corresponda para tener derecho a las prestaciones cubiertas por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, con excepción de aquellas que se otorguen tratándose de una condición de salud que implique urgencia vital o secuela funcional grave que requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento que no pertenezca a dicha Red, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado a alguno de los prestadores de la Red respectiva.
7. De las fechas de los diferentes hitos de su proceso de atención, esto es, ingreso como beneficiario, fechas de controles, administración o entregas de tratamiento, así como toda aquella información que sea relevante para su proceso de atención, en lo que corresponda.
8. De la Red de Prestadores aprobada para las diferentes etapas de su atención, así como también de los laboratorios para la toma de muestra, si corresponde.

En el cumplimiento de esta obligación de informar, el prestador deberá dar cumplimiento a lo instruido por la Circular IF/N°254, de 6 de enero de 2016, de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud, en todo lo que corresponda, en particular respecto del uso obligatorio del "Formulario de Constancia Información al Paciente Ley Ricarte Soto".

A/CINCO

DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CONVENIO

Para una mejor ejecución del convenio y con el objeto de asegurar el adecuado cumplimiento de las condiciones contractuales, el Fondo Nacional de Salud designará, mediante oficio ordinario, un Administrador del Convenio.

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

1. Coordinar y ser el interlocutor entre el Fondo Nacional de Salud y prestador
2. Monitorear, gestionar y controlar el cumplimiento de los términos del convenio para el otorgamiento de las prestaciones.
3. Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de las prestaciones convenidas.
4. Denunciar a la Superintendencia de Salud el incumplimiento de prestador a su obligación de informar establecida en el inciso segundo del artículo 13 de la Ley 20.850, así como cualquier otro incumplimiento del prestador que diga relación con las coberturas y beneficios que otorga esta ley.
5. Favorecer las coordinaciones necesarias en caso de asignar un segundo prestador.

Para la realización de las tareas antes mencionadas el prestador deberá proporcionar al Administrador del Convenio 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.

Del mismo modo, el prestador designará al momento de la suscripción del presente Convenio un Administrador del Convenio que tendrá la función de coordinar el cumplimiento de este en representación del prestador. Este Administrador estará facultado expresamente para ser notificado válidamente, en representación del prestador de todos los requerimientos que sean necesarios para la debida ejecución del Convenio. Para tales efectos, junto con la designación se indicará una casilla de correo electrónico a través del cual se efectuarán dichas

notificaciones, sin perjuicio de la facultad del Fondo Nacional de Salud de efectuar dichas notificaciones personalmente o mediante oficio enviado por carta certificada.

Toda modificación en la designación de los Administradores del Convenio, deberá ser notificada formalmente a la contraparte mediante oficio, carta o correo electrónico dirigido al Administrador del Convenio.

A/SEIS

OBLIGACIONES RELATIVAS AL SISTEMA DE INFORMACIÓN

El prestador deberá registrar y actualizar en el Sistema de Información establecido por el Fondo Nacional de Salud, los datos e informaciones que permitan el seguimiento, monitoreo y control del otorgamiento de las prestaciones contempladas en el Sistema de Protección Financiera, así como del gasto ejecutado para cada una de ellas, conforme al reglamento dictado de acuerdo con el artículo 27 de la Ley 20.850. En el caso que el prestador cuente con su propio sistema de información, podrá dar cumplimiento a esta obligación mediante mecanismos que permitan la interoperabilidad entre ambos sistemas.

La información mínima para registrar por cada beneficiario de la Ley 20.850, será aquella exigida en los formularios electrónicos diseñados para cada etapa del proceso asistencial, como también de los datos necesarios para cumplir con las distintas trazabilidades.

En especial, el prestador está obligado a ingresar y registrar en la misma fecha que ocurran:

1. Las prestaciones garantizadas para dar cuenta de la trazabilidad del proceso asistencial.
2. La recepción y egreso de los dispositivos de uso médico para curaciones, para asegurar la trazabilidad de los mismos.
3. La guía de despacho y factura correspondientes para asegurar la trazabilidad del Fondo.

El Fondo Nacional de Salud informará al prestador la forma y condiciones en las cuales éste registrará las prestaciones otorgadas a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, de acuerdo con las disposiciones de la Ley 20.850 y en los reglamentos a que se refieren los artículos 3° inciso décimo, 13 inciso segundo, 27 inciso primero, y la circulares que dicte la Superintendencia de Salud que define e instruye formulario de notificación.

En el procedimiento de registro de datos, el prestador deberá resguardar la confidencialidad de los datos personales de los beneficiarios, de conformidad con las disposiciones de la Ley 19.628, de la Ley 20.584 y de cualquier otra norma legal o reglamentaria o estipulación contractual que regule la privacidad de tales datos.

Cualquier modificación respecto del procedimiento de registro será informada oportunamente por el Fondo Nacional de Salud al Administrador del Convenio designado por el prestador, mediante oficio, carta o correo electrónico.

El procedimiento y las formalidades en que se realizará la asignación y gestión de cuentas al prestador será informada por el Fondo Nacional de Salud al Administrador del Convenio designado por el prestador, mediante oficio, carta o correo electrónico.

En el caso de que un profesional deje de realizar labores para el prestador, éste deberá informar tal circunstancia dentro del plazo de veinticuatro horas, con el objeto de crear las cuentas para los nuevos profesionales que se incorporen y dar de baja las cuentas de los profesionales retirados, permitiendo una reasignación de los pacientes, la cual será de responsabilidad del prestador.

El prestador será directamente responsable del correcto uso de cada una de las cuentas que le sean asignadas para su uso y el de sus profesionales dependientes, así como de los daños y perjuicios causados por su uso inadecuado o la violación de la privacidad de los datos personales de los pacientes que se produzcan a causa o con ocasión del uso de dichas cuentas.

A/SIETE

CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD

La información y todos los antecedentes que el prestador obtenga con motivo de este convenio, 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 la autorización del uso de datos para docencia e investigación. Al otorgar esta autorización el Fondo Nacional de Salud deberá dar estricto cumplimiento a las disposiciones de la Ley 19.628, de la Ley 20.584 y a cualquier otra disposición legal o reglamentaria que regule la materia.

PARTE B

ESTIPULACIONES ESPECIALES

B/UNO**OBJETO ESPECÍFICO DEL CONVENIO.**

El prestador se obliga a otorgar a los beneficiarios del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo, las prestaciones correspondientes a las siguientes etapas:

Patología	Confirmación Diagnóstica	Tratamiento	Seguimiento
EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA O JUNTURAL	Aprobado	Aprobado	Aprobado

1.- La etapa de confirmación diagnóstica de epidermólisis bullosa distrófica o juntas se fundamenta en tres evaluaciones:

1.1 Valoración y anamnesis, que incluyen manifestaciones clínicas de la enfermedad, historia de la aparición de lesiones, evolución de estas, historia familiar, u otros antecedentes clínicos relevantes.

1.2 Biopsia de piel, bajo anestesia local para determinar:

- a. en qué nivel de la piel se forma la ampolla y
- b. si alguna proteína está alterada o ausente. Esta tecnología permite orientar el tipo de EB que presenta el paciente.

1.3 Estudio genético, para el estudio e identificación de la mutación específica, determinando la condición de herencia del paciente (recesivo o dominante). Este examen es considerado confirmatorio para el diagnóstico definitivo de EB.

La confirmación diagnóstica no se encuentra garantizada en este protocolo.

2.- La etapa de tratamiento, es de apoyo e incluye el cuidado de heridas, control de infección, apoyo nutricional, prevención y tratamiento de las complicaciones. No existe terapia específica para la EB. El tratamiento corresponde a la entrega y administración de insumos cubiertos por el fondo, de las solicitudes de los insumos confirmados por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado por el Ministerio de Salud.

3.- La etapa de seguimiento, se realizará de acuerdo con lo establecido en los protocolos definidos por el Ministerio de Salud.

Será responsabilidad del médico que genera la solicitud, notificar al beneficiario de la ley mediante el "formulario de constancia información al paciente Ley Ricarte Soto", y registrarlo en plataforma dispuesta por el FONASA, desde la etapa de confirmación a la etapa de tratamiento y seguimiento, una vez que el caso haya sido confirmado por el comité de expertos clínicos del prestador aprobado.

B/DOS**GARANTÍA DE OPORTUNIDAD.**

El prestador deberá cumplir con los siguientes plazos para otorgar las garantías de oportunidad:

Patología	Garantía de Oportunidad		
	Dispositivos de	Personas con Epidermólisis	Garantía

	uso médico para curaciones	Bullosa Distrófica o Juntural que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en el protocolo de esta condición de salud	Inicio Tratamiento
EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA O JUNTURAL	Conjunto de dispositivos de uso médico para curaciones en tratamientos de apoyo para personas con Epidermólisis Bullosa. (*)	Recién nacidos con sospecha diagnóstica distrófica o juntural	en las primeras 24 horas de vida
		En personas con diagnóstico confirmado de EB Distrófica o Juntural infectados, hospitalizados o con indicación de cirugía	en un plazo no mayor de 48 horas, una vez validada la solicitud por parte del comité de Expertos clínicos del prestador aprobado.
		En personas con diagnóstico confirmado de EB Distrófica o Juntural,	En un plazo no mayor de 30 días, una vez validada la solicitud por parte del comité de Expertos clínicos del prestador aprobado.

DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO PARA CURACIONES (*)	CONVERSIÓN DE UNIDADES
1. Kit de curación desechable.	1 KIT -> 1 UN
2. Vendas de gasa elástica.	1 CAJ -> 1 UN
3. Vendaje tubular de contención.	1 CAJ -> 1 UN
4. Gasas no tejidas.	1 ROL -> 1 UN
5. Gasa absorbente en rollo.	1 ROL -> 1 UN
6. Agujas hipodérmicas.	1 CAJ -> 1 UN
7. Apósito de contacto flexible con tecnología lípido coloide (TLC).	1 CAJ -> 1 UN
8. Solución con agua purificada, undecilenamidopropil betaína y polihexanida, para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas.	1 CAJ -> 1 UN
9. Gel altamente viscoso compuesto por glicerol, agua purificada, undecilenamidopropil betaína, polihexanida, hidroxietilcelulosa para el lavado, descontaminación e hidratación de heridas.	1 SO -> 1 UN
10. Rollo de gasa oclusiva con Tibromofenato de bismuto al 3% en una mezcla con petrolato.	1 ROL -> 1 UN
11. Hidrogel amorfo, translúcido e incoloro.	1 SO -> 1 UN
12. Apósito absorbente, extrafino y autoadherente con tecnología de adhesivos con silicona.	1 CAJ -> 1 UN
13. Apósito absorbente.	1 CAJ -> 1 UN
14. Apósito de espuma (espuma de poliuretano y tecnología de adhesivos de silicona).	1 CAJ -> 1 UN
15. Apósito Interfase de contacto flexible, antibacteriana con tecnología lípido coloide (TLC) y plata	1 CAJ -> 1 UN
16. Apósito de espuma microadherente con tecnología lípido coloide (TLC) y factor nano oligosacárido (NOSF)	1 CAJ -> 1 UN
17. Apósito absorbente antimicrobiano y plata iónica.	1 SO -> 1 UN
18. Apósito de espuma de hidrofibra.	1 SO -> 1 UN
19. Apósito hidroconductor.	1 SO -> 1 UN
20. Apósito hidrocelular antimicrobiano con polihexametileno biguanida (PHMB).	1 SO -> 1 UN
21. Apósito gasa absorbente impregnada con vaselina.	1 SO -> 1 UN
22. Apósito de malla de acetato de celulosa y petrolato.	1 SO -> 1 UN
23. Apósito de gasa parafinada de baja adherencia.	1 SO -> 1 UN

24. Apósito de transferencia de exudado.	1 SO -> 1 UN
25. Apósito de membrana polimérica multifuncional.	1 SO -> 1 UN
26. Apósito antimicrobiano de espuma de poliuretano absorbente con plata y capa de silicona.	1 SO -> 1 UN
27. Apósito de hidrofibra de hidrocoloide con fibra reforzante de celulosa.	1 SO -> 1 UN
28. Cinta quirúrgica de rayón altamente respirable, no oclusiva y con adhesivo hipoalergénico.	1 ROL -> 1 UN
29. Cinta de fijación de silicona atraumática.	1 ROL -> 1 UN

En el caso de la administración o entrega de dispositivos de uso médico para curaciones, dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha en que el médico tratante notifica al paciente de la aprobación del tratamiento.

El seguimiento del tratamiento de apoyo a través de dispositivos de uso médico para curaciones en personas con Epidermólisis Bullosa en sus tipos distrófica o juntural, requiere de evaluaciones por parte del médico dermatólogo o pediatra. Este seguimiento debe ser realizado por el médico del prestador aprobado, y debe tener las siguientes evaluaciones mínimas, según Protocolo de Salud vigente:

Para epidermólisis bullosa distrófica y juntural:

PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIONES REQUERIDAS	
Evaluación	Frecuencia
Control clínico	Al nacimiento
	Mensual hasta los 6 meses de edad
	Cada 2 meses desde los 6 meses hasta los 12 meses de edad
	Cada 3 meses hasta los 2 años
	Cada 6 meses desde los 2 años
Exámenes de laboratorio	Cada 6 meses

En caso de la administración o entrega de dispositivos de uso médico para epidermólisis bullosa distrófica y juntural, dicho plazo comienza a hacerse efectivo desde la fecha de validación de la indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos aprobados por el Ministerio de Salud.

B/TRES

DISPOSITIVOS DE USO MÉDICO PARA CURACIONES

El Prestador se obliga a recepcionar los dispositivos de uso médico para curaciones que CENABAST despache con ocasión del presente convenio, no pudiendo rechazarlo por concepto de marca, haciéndose responsable si existe una merma por pérdida o detrimento de éstos, debiendo reponerlos bajo su costo.

CLÁUSULA VIGENCIA Y COPIAS

El presente Convenio tendrá una vigencia indefinida a contar de la fecha de su total tramitación. No obstante, por razones de buen servicio, podrá comenzarse su ejecución con anterioridad a dicha fecha, quedando todo pago diferido y condicionado a la total tramitación de la resolución que aprueba el Convenio.

Sin perjuicio de ello, el Fondo Nacional de Salud podrá poner término al Convenio, en cualquier tiempo, notificando al prestador mediante carta certificada en los siguientes casos:

1. Por pérdida de la calidad de prestador aprobado por el Ministerio de Salud para otorgar las prestaciones objeto del presente Convenio.
2. Por incumplimiento de las obligaciones del presente Convenio, por parte del prestador.
3. Por cualquier otra causa fundada, establecida a través de una resolución fundada.

El Presente Convenio se firma en tres ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando dos en poder del Fondo Nacional de Salud y uno en poder del prestador.

**CLÁUSULA FINAL
PERSONERÍAS**

La personería de don MARCELO ANDRÉS MOSSO GÓMEZ, para representar al FONDO NACIONAL DE SALUD, consta en el Decreto Supremo N° 27, de fecha 15 de marzo del año 2018, del Ministerio de Salud; y la personería de Don FRANCIS PALISSON ETCHARRE, para actuar en representación de la FUNDACIÓN DEBRA CHILE, NIÑOS PIEL DE CRISTAL, consta en Escritura Pública de fecha 02 octubre de 2007, en la Cuadragésima Quinta Notaría de Santiago, de don René Benavente Cash.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



**MARCELO MOSSO GOMEZ
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD**

MMG / LBR / JFD / Idv

DISTRIBUCIÓN:

DIRECCION NACIONAL
DIVISIÓN FISCALÍA
DIVISION COMECIALIZACION
FUNDACIÓN DEBRA
SUBDEPTO OFICINA DE PARTES

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

ZDsSQTAAQ

Código de Verificación