



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



**RESOLUCIÓN EXENTA 4.2A N° 2871/2018**

**MAT.:** APRUEBA CONVENIO ENTRE EL FONDO NACIONAL DE SALUD Y LA CLÍNICA SANTA MARÍA S.A, DE 01 DE ABRIL DE 2017, Y ADENDA A DICHO CONVENIO, 07 DE AGOSTO DE 2017.

**SANTIAGO** , 07/03/2018

**VISTOS:**

el convenio suscrito con fecha 01 de abril de 2017 entre el Fondo Nacional de Salud y la Clínica Santa María S.A.; la Adenda ha dicho convenio, suscrito con fecha 7 de agosto de 2017;

**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 Clínica Santa María, han suscrito, con fecha 01 de abril de 2017, 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, atendidas las modificaciones a las prestaciones originalmente convenidas con el prestador, derivadas de la entrada en vigencia del decreto exento N°275, de 28 de julio de 2017, del Ministerio de Salud, fue necesario modificar el convenio celebrado entre las partes de manera de ajustarlo a las nuevas condiciones fijadas en el decreto en cita, lo que se llevó a cabo mediante la suscripción con fecha 7 de agosto de 2017 de una Adenda a dicho convenio;

**QUINTO:** Que tanto el convenio aludido en el considerando tercero de esta resolución, como su adenda referida en el considerando que antecede, deben ser aprobados mediante el correspondiente acto administrativo para su efectiva entrada en 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°46, de 17 de marzo de 2014, del Ministerio de Salud; en la resolución exenta 4A/N°3.766 de 2017, del Fondo Nacional de Salud; así como lo establecido en la resolución N°1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; dicto la siguiente:

## **RESOLUCIÓN:**

**UNO.** **APRUEBASE** el convenio suscrito con fecha 01 de abril de 2017 entre el Fondo Nacional de Salud y la Clínica Santa María S.A, cuyo texto en el siguiente:

### **CONVENIO**

#### **FONDO NACIONAL DE SALUD**

**Y**

#### **CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.**

En Santiago de Chile, a 01 abril 2017, entre el **Fondo Nacional de Salud**, servicio público, rol único tributario 61.603.000-0, representado por su Directora doña Jeanette Vega Morales, médico cirujano, cédula de identidad 8.943.368-1, ambos con domicilio en Monjitas 665, comuna y ciudad de Santiago, por una parte y por la otra, **CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.**, sociedad del giro de su denominación, rol único tributario N° 77.200.240-8, representada por don Arturo Però Costábal, cédula nacional de identidad N° 7.010.596-9 ambos con domicilio en Avda. Santa María N° 410, comuna de Providencia de la ciudad de Santiago, 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 N° 83 de 18 de marzo de 2016, 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 regirá 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 a 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

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 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 a las indicaciones que señale el registro sanitario otorgado por el Instituto de Salud Pública de Chile, en el caso de los medicamentos, 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
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.
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 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 regirá 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, fecha 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/Nº254, 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
3. Supervisar la adecuada aplicación del mecanismo de facturación y pago de las prestaciones
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
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 del mismo 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 a 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 medicamentos para asegurar la trazabilidad del medicamento.
3. La guía de despacho y factura correspondientes para asegurar la trazabilidad del

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:

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Seguimiento</b>
MUCOPOLISACARIDOSIS I		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS II		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS VI		Aprobado	Aprobado

FABRY		Aprobado	Aprobado
GAUCHER		Aprobado	Aprobado
ESCLEROSIS MULTIPLE		Aprobado	Aprobado
ARTRITIS REUMATOIDE		Aprobado	Aprobado
PREMATURO CON DBP		Aprobado	Aprobado
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		Aprobado	Aprobado
CANCER DE MAMA		Aprobado	Aprobado

1. La etapa de tratamiento, corresponde a la entrega y administración del medicamento cubierto por el fondo, de las solicitudes del medicamento confirmadas por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado por el Ministerio de
2. Las etapas de seguimiento, se realizarán de acuerdo a lo establecido en los protocolos definidos por el Ministerio de

### **B/DOS**

#### **GARANTÍA DE OPORTUNIDAD.**

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

Patología	Garantía de Oportunidad	
	Medicamento Alto Costo	Garantía Inicio Tratamiento
<b>Mucopolisacaridosis I</b>	Laronidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>Mucopolisacaridosis II</b>	Idursulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>Mucopolisacaridosis VI</b>	Galsulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>Fabry</b>	Agalsidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>Gaucher</b>	Taliglucerasa o Imiglucerasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>VRS para prematuros con displasia broncopulmonar</b>	Palivizumab	1 ° dosis previa al plazo de 72 horas, o en forma ambulatoria, si ya se encuentran en su domicilio, o cumpliendo los criterios de inclusión, cuando empiece período de circulación viral. Desde la confirmación de tratamiento por parte del Comité de expertos clínicos y notificación del médico tratante.
	Iloprost	15 días desde la confirmación

<b>Hipertensión Pulmonar</b>	Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan	diagnóstica; 72 hrs. en caso se estar hospitalizado en UCI
<b>Cáncer de Mamas Gen Her 2+</b>	Tratuzumab	20 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos y notificación del médico tratante.

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

En caso que el prestador no se encuentre en condiciones de otorgar las prestaciones para las cuales fue aprobado, deberá informar tal situación oportunamente según los plazos definido en la tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador.

<b>Patología</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Plazo máximo para informar a FONASA</b>
<b>Mucopolisacaridosis I</b>	Laronidasa	30 días
<b>Mucopolisacaridosis II</b>	Idursulfasa	30 días
<b>Mucopolisacaridosis VI</b>	Galsulfasa	30 días
<b>Fabry</b>	Agalsidasa	30 días
<b>Gaucher</b>	Taliglucerasa	30 días
	Imiglucerasa	30 días
<b>Prematuro con Displasia Broncopulmonar</b>	Palivizumab	24 hrs.
<b>Hipertensión Pulmonar Grupo I</b>	Iloprost Inhalatorio	7 días / 24 hrs*
	Bosentan	7 días / 24 hrs*
	Ambrisentan	7 días / 24 hrs*
<b>Cáncer de Mamas Gen Her 2+</b>	Tratuzumab	10 días

\*En caso de estar hospitalizado en UCI

En el caso de la administración o entrega de medicamentos, alimentos o dispositivos de uso médico, 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 MEDICAMENTOS**

El prestador se obliga a recepcionar los medicamentos 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 los mismos, debiendo reponerlos bajo su costo.

#### **CLÁUSULA VIGENCIA Y COPIAS**



El presente convenio se encuentra vigente y en funcionamiento entre las partes desde el día 22 de diciembre de 2015, y por motivos de regularización del mismo se firma con esta fecha por los representantes de las Partes. Sin perjuicio de lo anterior, el presente convenio tendrá una vigencia indefinida a contar de esta fecha.

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
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 la Dra. JEANETTE VEGA MORALES para representar al FONDO NACIONAL DE SALUD, consta en el Decreto Supremo N° 46, de fecha 17 de marzo del año 2014, del Ministerio de Salud; Asimismo la personería de don(a) Arturo Perú Costábal, para representar al prestador, consta en Acta de Sesión Ordinaria de Directorio de fecha 24 de enero de 2017, reducida a Escritura Pública con fecha 22 de marzo de 2017, ante Notario Público de la 37° Notaría de Santiago.

**DOS.** **APRUEBASE** la Adenda suscrita con fecha 7 de agosto de 2017, al Convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley 20.850, celebrado entre el Fondo Nacional de Salud y la Clínica Santa María, cuyo texto en el siguiente:

### **ADENDA AL CONVENIO FONDO NACIONAL DE SALUD Y CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.**

En Santiago de Chile, a 07 de agosto de 2017, entre el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, servicio público, rol único tributario 61.603.000-0, representado por su Directora doña Jeanette Vega Morales, médico cirujano, cédula de identidad 8.943.368-1, ambos con domicilio en Monjitas 665, comuna y ciudad de Santiago, por una parte y por la otra, la **CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.**, sociedad del giro de su denominación, rol único tributario N° 90.753.000-0, representada por don don Arturo Perú Costábal, cédula nacional de identidad N° 7.010.596-9, ambos con domicilio en Avda. Santa María N° 410, comuna de Providencia de la ciudad de Santiago, en adelante también "prestador", se acuerda modificar el convenio para el otorgamiento de las prestaciones que forman parte del Sistema de Protección Financiera de la Ley N°20.850, conocida como Ley Ricarte Soto, en la forma que a continuación se indica:

#### **PRIMERO** **ANTECEDENTES**

Mediante convenio suscrito entre las partes con fecha 1 de abril de 2017, de acuerdo con lo dispuesto en la ley N°20.850 y en el decreto exento N°83, de 18 de marzo de 2016, del Ministerio de Salud, el prestador se obligó 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 de dicho convenio.

Con fecha 7 de julio de 2016 se publicó en el Diario Oficial el decreto exento N°202, de 1 de julio de 2016, del Ministerio de Salud, a través del cual se aprobaron los establecimientos que en dicho instrumento se indican para formar parte de la red de prestadores que otorgarán las prestaciones cubiertas por el sistema de protección financiera de la ley N°20.850, por haberse acreditado el cumplimiento a los estándares exigidos para estos efectos en la Norma Técnica N° 181, del Ministerio de Salud. Asimismo, el decreto indicado dejó sin efecto el decreto exento N°83, de 7 de marzo de 2016, del Ministerio de Salud, en razón de que todos los prestadores de salud aprobados por dicho decreto de manera provisional, obtuvieron su aprobación permanente.

Asimismo, con fecha 04 de marzo de 2017 se publicó en el Diario Oficial el decreto exento N°70, de 28 de febrero de 2017, del Ministerio de Salud, que aprobó de manera provisional, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología denominada Enfermedad de Crohn grave refractaria a tratamiento habitual y Diabetes Mellitus tipo I con su respectiva garantía de oportunidad.

Finalmente, con fecha 04 de agosto de 2017 se publicó en el Diario Oficial el decreto exento N°275, de 31 de julio de 2017, del Ministerio de Salud, que aprobó de manera permanente, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la patología denominada Enfermedad de Crohn grave refractaria a tratamiento habitual y Diabetes Mellitus tipo I con su respectiva garantía de oportunidad.

## **SEGUNDO**

### **OBJETO DE LA MODIFICACIÓN DEL CONVENIO**

Atendidas las modificaciones a las prestaciones originalmente aprobadas respecto del prestador, derivadas de la entrada en vigencia del decreto exento N°275, de 28 de julio de 2017, del Ministerio de Salud, es necesario modificar el convenio celebrado entre las partes de manera de ajustarlo a las nuevas condiciones fijadas en el decreto en cita.

## **TERCERO**

### **MODIFICACIÓN DEL CONVENIO**

Por el presente instrumento, las partes acuerdan modificar el convenio suscrito entre las partes con fecha 22 de diciembre de 2015, en el sentido de reemplazar el texto íntegro de la Parte B "Estipulaciones Especiales" por el siguiente:

## **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:

<b>PATOLOGÍA</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Seguimiento</b>
MUCOPOLISACARIDOSIS I		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS II		Aprobado	Aprobado
MUCOPOLISACARIDOSIS VI		Aprobado	Aprobado
FABRY		Aprobado	Aprobado
GAUCHER		Aprobado	Aprobado
ESCLEROSIS MULTIPLE	Aprobado	Aprobado	Aprobado
ARTRITIS REUMATOIDE	Aprobado	Aprobado	Aprobado
PREMATURO CON DBP	Aprobado	Aprobado	Aprobado

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR	Aprobado	Aprobado	Aprobado
CANCER DE MAMA	Aprobado	Aprobado	Aprobado
ENFERMEDAD DE CROHN	Aprobado	Aprobado	Aprobado
DIABETES MELLITUS TIPO I	Aprobado	Aprobado	Aprobado

1. La etapa de Confirmación Diagnóstica, consiste en la determinación clínica de la necesidad de tratamiento de segunda línea conforme al protocolo, la que en todo caso debe ser validada por el Centro de Referencia Nacional determinado por el Ministerio de

Patología	Nombre Examen Garantizados
Diabetes Mellitus Tipo I Inestable severa	Monitoreo de Glicemia

En esta etapa el Prestador se encuentra facultado para realizar el examen Gold Estándar garantizado, para lo cual el paciente deberá estar ingresado en el Sistema Informático dispuesto por Fonasa para estos efectos. La etapa de Confirmación Diagnóstica, asociada a la determinación clínica de la necesidad de tratamiento de segunda línea, o indicación uso de dispositivo o alimentos, conforme al protocolo de cada patología, debe ser validada por el Comité de Expertos Clínicos determinado por el Ministerio de Salud.

2. La etapa de tratamiento, corresponde a la entrega y administración del medicamento cubierto por el fondo, de las solicitudes del medicamento confirmadas por el Comité de Expertos Clínicos del Prestador Aprobado por el Ministerio de
3. Las etapas de seguimiento, se realizarán de acuerdo a lo establecido en los protocolos definidos por el Ministerio de

## **B/DOS**

### **GARANTÍA DE OPORTUNIDAD.**

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

#### **Garantía de Confirmación Diagnóstica:**

Patología	Garantías de Oportunidad	
	Examen de Confirmación	Garantía Confirmación diagnóstica indispensable
Diabetes Mellitus Tipo I inestable severa	Monitoreo Continuo de Glicemia	Sin garantía de Oportunidad (Sin Plazo)

#### **Garantía de Tratamiento:**

Patología	Garantía de Oportunidad	
	Medicamento Alto Costo	Garantía Inicio Tratamiento
<b>Mucopolisacaridosis I</b>	Laronidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>Mucopolisacaridosis II</b>	Idursulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>Mucopolisacaridosis VI</b>	Galsulfasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>Fabry</b>	Agalsidasa	60 días desde la confirmación diagnóstica

<b>Gaucher</b>	Taliglucerasa o Imiglucerasa	60 días desde la confirmación diagnóstica
<b>VRS para prematuros con displasia broncopulmonar</b>	Palivizumab	1 ° dosis previa al plazo de 72 horas, o en forma ambulatoria, si ya se encuentran en su domicilio, o cumpliendo los criterios de inclusión, cuando empiece período de circulación viral. Desde la confirmación de tratamiento por parte del Comité de expertos clínicos y notificación del médico tratante.
<b>Hipertensión Arterial Pulmonar</b>	Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan	15 días desde la confirmación diagnóstica; 72 hrs en caso se estar hospitalizado en UCI
<b>Cáncer de Mamas Gen Her 2+</b>	Trastuzumab	20 días desde la indicación de aprobación del Comité de expertos clínicos y notificación del médico tratante.
<b>Enfermedad de Crohn Grave Refractaria a tratamiento habitual</b>	Infliximab o Adalimumab	7 días desde la indicación en pacientes con Enf. Crohn Grave hospitalizados y tendrá derecho a continuación en un plazo no mayor a 10 días desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos. 30 días desde la indicación de aprobación por parte del Comité de Expertos Clínicos en pacientes con Enfermedad Crohn grave No hospitalizado y pacientes con Fístulas Perianales complejas.
<b>Diabetes Mellitus Tipo I inestable severa</b>	Bomba de Insulina con sensor de Glicemia + insumos	60 días desde la validación de su indicación por parte del Comité de Expertos Clínicos.

En caso 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 tabla adjunta, con el objeto de que el Fondo Nacional de Salud coordine la designación de un nuevo prestador. Cada plazo comenzará a correr desde el momento en que se inicia la garantía de oportunidad.

#### Confirmación Diagnóstica:

Patología	Confirmación diagnóstica	Plazo máximo desde el inicio de la garantía para informar FONASA
Diabetes Mellitus Tipo I inestable severa	Monitoreo Continuo de glicemia de 7 días	20 días

#### Tratamiento:

Patología	Tratamiento	Plazo máximo para informar a FONASA
<b>Mucopolisacaridosis I</b>	Laronidasa	30 días
<b>Mucopolisacaridosis II</b>	Idursulfasa	30 días
<b>Mucopolisacaridosis VI</b>	Galsulfasa	30 días
<b>Fabry</b>	Agalsidasa	30 días
	Taliglucerasa	30 días

<b>Enfermedad de Gaucher</b>	Imiglucerasa	30 días
<b>VRS para prematuros con displasia broncopulmonar</b>	Palivizumab	24 hrs.
<b>Hipertensión Pulmonar</b>	Iloprost Inhalatorio	7 días / 24 hrs
	Bosentan	7 días / 24 hrs
	Ambrisentan	7 días / 24 hrs
<b>Cáncer de Mamas Gen Her 2+</b>	Tratuzumab	10 días
<b>Enfermedad de Crohn Grave refractaria a tratamiento habitual</b>	Adalimumab	15 días/3 días **
	Infliximab	16 días/3 días **
<b>Diabetes Mellitus Tipo I inestable severa</b>	Bomba de Insulina con sensor de Glicemia + insumos	30 días

\*\*En caso de estar hospitalizado

#### **B/TRES** **MEDICAMENTOS**

El prestador se obliga a recepcionar los medicamentos 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 los mismos, debiendo reponerlos bajo su costo.

#### **B/CUATRO** **PRECIO DE LAS PRESTACIONES.**

El Prestador recibirá como contraprestación por las atenciones otorgadas los valores que a continuación se indican:

##### **Precio examen Gold Standard**

Patología	Nombre Examen Garantizado	Precio Referencia (\$)
Diabetes Mellitus Tipo I inestable severa	Monitoreo Continuo de Glicemia	El valor facturado con un tope máximo de \$100.000

Para que el examen Gold Estándar esté afecto a cobertura del Fondo, debe ser realizado en fecha igual o superior a la fecha en la cual el médico especialista ingresó la solicitud en el Sistema Informático dispuesto por Fonasa, cuyo informe de resultado debe estar disponible en el Sistema antes señalado.

#### **B/CINCO** **PAGO DE LAS PRESTACIONES.**

El pago de las prestaciones otorgadas se realizará previo visado de la(s) pre-factura(s) por parte del Departamento de Comercialización del Fondo Nacional de Salud. Las cuentas o pre-facturas, se deberán gestionar mediante el sistema que disponga el Fondo Nacional de Salud para el proceso de validación y autorización de pago.


El prestador facturará al FONASA las prestaciones previamente visadas y aprobadas por éste.

Los períodos de facturación serán mensuales y el pago se efectuará dentro de los treinta días siguientes a la recepción de la correspondiente factura. Sin perjuicio del visado de la cuenta o pre-factura, el Fondo Nacional de Salud podrá siempre reclamar en contra del contenido de la factura dentro del plazo de treinta días corridos contado desde su presentación, de acuerdo con el procedimiento establecido en la Ley 19.983 y sus normas complementarias.

#### CLAUSULA FINAL PERSONERÍAS

La personería de la Dra. JEANETTE VEGA MORALES para representar al FONDO NACIONAL DE SALUD, consta en el Decreto Supremo N° 46, de fecha 17 de marzo del año 2014, del Ministerio de Salud; Asimismo la personería de don(a) Arturo Però Costábal, para representar al prestador, consta en Acta de Sesión Ordinaria de Directorio de fecha 24 de enero de 2017, reducida a Escritura Pública con fecha 22 de marzo de 2017, ante Notario Público de la 37° Notaría de Santiago.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE y ARCHÍVESE.**

A handwritten signature in blue ink that reads "Jeanette Vega". Below the signature is a long, horizontal, slightly wavy line, also in blue ink, which serves as a decorative flourish or underline.

**DRA JEANETTE VEGA MORALES  
DIRECTOR(A) NACIONAL  
FONDO NACIONAL DE SALUD**

JVM / LBR / JFD / Idv

**DISTRIBUCIÓN:**

CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.  
DPTO. GESTIÓN COMERCIAL  
SUBDPTO. 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](http://www.fonasa.cl)