|  |  |
| --- | --- |
| **ACUERDO DE GESTION** | 2021 |
|  | |

En Santiago, a 29 de diciembre de 2020, entre la **SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES**, representada por el Subsecretario de Redes Dr. Alberto Dougnac Labatut, con domicilio, para estos efectos, en calle Enrique Mac–Iver N°541, Santiago; en adelante la SUBSECRETARÍA; el **FONDO NACIONAL DE SALUD**, representado por su Director Nacional Sr. Marcelo Mosso Gómez, con domicilio para estos efectos, en calle Monjitas N°665, Santiago, en adelante FONASA; y el **SERVICIO DE SALUD MAGALLANES**, representado por su Director Sr. Nelson Reyes Silva, con domicilio en calle, Lautaro Navarro N° 820, Punta Arenas; en adelante el Servicio de Salud; el **HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES,** representado por su Director Subrogante Sr. Marcelo Torres Mendoza, con domicilio en calle Los Flamencos N° 1364, Punta Arenas; han convenido la suscripción del siguiente ACUERDO DE GESTIÓN del año 2021:

**TÍTULO I**

**GENERALIDADES**

**PRIMERA:** **Objeto.** El presente Acuerdo de Gestión formaliza la ejecución de la actividad asistencial a ser realizada por el Sistema Nacional de los Servicios de Salud, dando cumplimiento a lo estipulado en las glosas presupuestarias establecidas en la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2021, en relación a suscribir convenios que incorporen las condiciones bajo las cuales se entregarán los recursos asociados al financiamiento y el desarrollo de las prestaciones a otorgar por los Servicios de Salud a los beneficiarios FONASA.

En este contexto, el Acuerdo establece las condiciones en que el Servicio de Salud y el Hospital que se señala, en su caso, deben realizar acciones de salud de nivel secundario y terciario, en cuanto a que su ejecución esté en concordancia con los recursos asignados por la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2021.

**SEGUNDA:** **Roles y Funciones de los comparecientes**:

1. Subsecretaría de Redes Asistenciales (SUBRED): le corresponde regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

También le corresponde la recepción y consolidación de las solicitudes que emanen de los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes con el objetivo de aprobar o rechazar su factibilidad técnica y posterior presentación a FONASA en caso de que requiera financiamiento.

En el caso que la Subsecretaría instruya respecto de medidas a adoptar por los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes para el control de la pandemia, que requieran o modifiquen los esquemas de financiamiento de FONASA y la programación de actividad acordada en este Acuerdo de Gestión, esta Subsecretaría informará oportunamente al Fonasa del impacto financiero y de actividad de las medidas adoptadas.

1. Fondo Nacional de Salud (FONASA): Como ente coordinador del Presupuesto Sectorial, será quien lidere la relación formal entre el Ministerio de Salud y la Dirección de Presupuestos (DIPRES) en la determinación de las solicitudes y definiciones de las fuentes de financiamiento necesarias para la operación de los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes.

Realizará el control de la actividad comprometida en el presente acuerdo de gestión y comunicará los niveles de cumplimientos a los Servicios de Salud y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Monitoreará la ejecución del gasto y su impacto en las fuentes de financiamiento y del nivel transferencias mensuales que se realicen durante el año en conjunto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

1. Servicio de Salud: le corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial respectiva, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Será rol de los Servicios de Salud articular la red asistencial para el cumplimiento de los compromisos y metas establecidos en el presente acuerdo de gestión.

Los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes serán los continuadores legales de la atención recibida por beneficiarios FONASA que hayan sido derivados por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), Segundo Prestador GES o que producto de una atención de Urgencia Vital requieran la continuidad de atención. Debiendo asegurar la atención de contrarreferencia en sus establecimientos de manera oportuna.

Los traslados de los pacientes que transiten por las redes definidas y requieran derivación serán de responsabilidad asistencial y cargo del presupuesto de los Servicio de Salud de acuerdo a las normas de referencia y contrarreferencia dispuestas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

**TERCERA:** **Prioridades sanitarias.** Las prioridades sanitarias que forman parte del acuerdo de gestión 2021, responden a la carga de enfermedades, a factores epidemiológicos, a necesidades de la población bajo cuidado, a la existencia de tratamientos eficaces que serán priorizadas dentro del marco presupuestario autorizado para el periodo en cuestión y la cartera de servicios que el Servicio de Salud provee a la red asistencial pública de salud.

Priorización sanitaria:

Los Servicios de Salud deberán dirigir sus actividades asistenciales hacia la resolución de:

* Garantías Explicitas de Salud (GES)
* Enfermedades Oncológicas
* Trasplantes
* Enfermedades Cardiovasculares
* Enfermedades Cerebrovasculares
* Enfermedades Respiratorias
* Salud Mental
* Rehabilitación Órtesis y Prótesis de extremidad inferior
* Salud Dental enfocado en la disminución de Lista de Espera de consulta nueva de especialidad
* Salud de Personas Mayores de 60 años

**Excepciones a la priorización sanitaria en función de situaciones extraordinarias.**

Los establecimientos de alta y mediana complejidad pertenecientes al programa 05 de financiamiento de hospitales mediante Grupos Relacionados de Diagnóstico deberán coordinar los recursos hospitalarios con el objetivo de tener la menor disminución de la actividad programada en el presente convenio basada en la aplicabilidad de los criterios expuestos en la siguiente tabla:



Dado el escenario incierto del año 2021 no se recomienda el estado de normalidad

**Otros indicadores que se deben considerar**

* Proporción de comunas en cuarentena en su territorio y su tendencia (estable, en disminución o en aumento)
* Incidencia de casos activos de COVID-19 en su territorio y su tendencia
* Capacidad de testeo instalada (PCR) e índice positividad de exámenes PCR solicitados en su territorio y su tendencia

**Otras consideraciones**

* Existencia y funcionamiento en los establecimientos de la red la de los Programas de Prevención y Control de Infecciones Asociadas con la Atención de Salud con profesionales que orienten a sus equipos directivos en las materias que le son propias a sus competencias.
* Acreditar la ausencia de brotes de infección de pacientes y funcionarios de COVID 19 en los últimos 14 días en los servicios clínicos asociados a las prestaciones a realizar maximizando la importancia de mantener flujos de atención diferenciado.
* Considerar la reubicación del RRHH del personal, especialmente aquel personal de pabellón que se destina para la habilitación de camas críticas**.**

**CUARTA: Directorios de Compra**

El Directorio de Compra es la instancia, presidida por el Director Zonal de FONASA, en la que participan en forma permanente los Directores de Servicios de Salud, y los Directores de Hospitales del Programa GRD del área jurisdiccional respectiva. Deberá sesionar al menos en forma trimestral, y podrán ser invitados autoridades y otros funcionarios de la SUBRED, FONASA o quien estime pertinente el Directorio.

Será materia de los Directorios de Compra el monitoreo y seguimiento del cumplimiento del presente Acuerdo de Gestión, la actividad realizada, los indicadores de gestión y todas las obligaciones de las partes aquí establecidas.

**QUINTA: Programas presupuestarios de transferencia para niveles secundarios y terciarios y administración año 2021 sujetos al presente acuerdo.** Para el año 2021, FONASA contempla dos programas de transferencias:

1. Programa asociado a la Partida 16 Capítulo 02 **Programa 05** de la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2021 **“Financiamiento Hospitales por Grupos Relacionado de Diagnóstico”**. Contempla los recursos transferidos por Fonasa a los 65 Establecimientos de Alta y Mediana complejidad adscritos al programa en la Ley de Presupuestos.
2. Programa asociado a la Partida 16 Capítulo 02 **Programa 04 “Programa de Prestaciones Institucionales”**. Contempla los recursos transferidos por FONASA a los Servicios de Salud y destinados a asegurar el funcionamiento continuo de todos los establecimientos dependientes administrativamente del Servicio de Salud.

El programa de transferencia de Fonasa para el nivel de Atención Primaria no está sujeto al presente acuerdo. Sin embargo, debe ser considerado como una fuente de financiamiento para todo tipo de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud en función de los niveles de cuidados prestados y convenios sostenidos por estos.

**TÍTULO II**

**FINANCIAMIENTO HOSPITALES POR GRUPO RELACIONADO DE DIAGNÓSTICO**

**SEXTA: Contenido.**

Este Programa contiene el financiamiento de la actividad efectivamente realizada de atención cerrada y abierta, de los niveles secundario y terciario, para los beneficiarios del Régimen de Salud del Libro II del decreto con Fuerza De Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, otorgada por los 65 Hospitales de alta y mediana complejidad identificados en él.

**Hospitales considerados**

Hospital Clínico de Magallanes

**SEPTIMA: Actividad y registro.**

La actividad corresponde a aquella otorgada a los beneficiarios del Régimen de Salud del Libro II del Decreto con Fuerza de Ley, de 2005, del Ministerio de Salud.

Para ello, los establecimientos deberán registrar la totalidad de la actividad ejecutada de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Egresos Hospitalarios: Corresponde a los egresos de pacientes que hacen uso de camas de la dotación del Hospital. Son las camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. Se registran exclusivamente en la herramienta de codificación que el Ministerio de Salud pone a disposición de los establecimientos para dicho fin.
2. Cirugía Mayor Ambulatoria: Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central del Hospital, luego del cual el paciente, una vez recuperado, vuelve a su domicilio en el mismo día o al siguiente, es decir, que su estadía sea menor a 24 horas y que ésta se realice en sala de recuperación u otra dependencia destinada a este fin y no en una cama de la dotación hospitalaria. Se registran exclusivamente en la herramienta de codificación que el Ministerio de Salud pone a disposición de los establecimientos para dicho fin.
3. Hospitalización Diurna: Es la actividad asistencial en que los pacientes ocupan dependencias del hospital (camillas, o sillones, o cunas, y excluye el uso de dotación de camas hospitalarias) por un cierto número de horas para la realización de procedimientos que requieren equipos físicos altamente especializados y profesionales con competencias necesarias para garantizar la seguridad y confort de ellos. Al finalizar la atención, el paciente vuelve a su hogar. Se registran exclusivamente en la herramienta de codificación que el Ministerio de Salud pone a disposición de los establecimientos para dicho fin.
4. Consultas de especialidades, exámenes y procedimientos ambulatorios: Incorpora procesos de atención ambulatoria del Nivel Secundario y Terciario, distintos de los detallados en las letras b) y c) anteriores, referidos a Consultas de especialidades, exámenes y procedimientos ambulatorios. Se registran obligatoriamente en el sistema de información estadística de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y en los sistemas locales con que disponen los establecimientos.
5. Actividad GES: Para efectos del Monitoreo de Garantías de Acceso y Oportunidad y la aplicación de la Garantía de Protección Financiera, los establecimientos deben registrar en el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES), todas las atenciones asociadas a los problemas de salud garantizados, independiente del registro de lo detallado en las letras anteriores para el financiamiento de los hospitales por Grupo Relacionado a Diagnóstico.
6. Medicamento de Alto Costo (MAC): Informar el Gasto Asociado a este Programa (VIH - MAC GES - MAC No GES desglosado por problema de salud), una vez que la TGR efectué el pago de las Facturas asociadas a la compra de medicamento.
7. Compras de servicios previamente autorizadas por FONASA: rendición nominada de gasto, como, por ejemplo, Gran Quemado, realizado por prestadores externos.

**OCTAVA: Reglas de Financiamiento.**

1. Mecanismo de financiamiento GRD: La actividad asistencial de atención cerrada asociadas a egresos hospitalarios y la de atención abierta correspondiente a la cirugía mayor ambulatoria (CMA), será pagada a través del mecanismo de pago por grupos relacionados por diagnóstico (GRD).
2. Financiamiento por prestación única o canasta identificada en SIGGES: será el mecanismo de pago de acuerdo con el arancel SIGGES, a aplicar a la siguiente actividad ambulatoria:
3. Actividad GES ambulatoria
4. Programa Salud Oral
5. Quimio y radioterapia ambulatoria NO GES
6. Actividad NO GES ambulatoria
7. Financiamiento asociado a programas de Alto Costo: corresponde al financiamiento del gasto rendido en Medicamentos de Alto Costo GES y NO GES, y compras de servicios previamente autorizadas por FONASA, como, por ejemplo Gran Quemado, realizado por prestadores externos.
8. Financiamiento estructural: contempla los recursos para actividades ambulatorias del establecimiento no nominadas y asociadas a aquellas actividades de carácter secundaria y unidades de emergencia hospitalaria.

Todos aquellos gastos asociados a programas, leyes y recursos extraordinarios provisionados en Partida Tesoro Público son recursos que se transferirán mediante el programa PPI y podrán ser parte del financiamiento de estos establecimientos. Asimismo, el financiamiento correspondiente a los programas que estando contenidos en el programa PPI sean parte de las actividades que desarrollan estos establecimientos.

**NOVENA: Aranceles y Precios**

FONASA pagará los aranceles y precios establecidos en la Resolución Exenta N° 086 de fecha 16 de diciembre 2020 del Director de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y el Director de FONASA.

**DECIMA: Marco presupuestario año 2021 del Programa Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico.** El marco presupuestario de este programa para el año 2021 corresponderá al aprobado en la Partida 16 Ministerio de Salud, Capítulo 02 Fondo Nacional de Salud, Programa 05 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico, Subtítulo 24 Transferencias corrientes Ítem 2 Al Gobierno Central, Asignación 143, de la Ley de Presupuestos año 2021, y en sus decretos modificatorios debidamente tomados de razón por la Contraloría General de la República, de acuerdo con el detalle por hospital que se señala a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **PRESUPUESTOS 2021** |
| **HOSPITAL – SERVICIO DE SALUD DE MAGALLANES** | **TOTAL (M$)** |
| Hospital Regional de Punta Arenas | 60.797.714 |

Tal como se señaló en la Cláusula segunda, numeral 3 de los Servicios de Salud, estos recursos serán parte de los ingresos que los Servicios de Salud deberán informar como Resolución Exenta como marco de financiamiento para estos Establecimientos. Dicha resolución deberá ser distribuida tanto al Fondo Nacional de Salud como a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La variación del monto total señalado en la presente cláusula – derivada de la dictación de decretos modificatorios del presupuesto del sector público del año 2021, tomados de razón por la Contraloría General de la República – será sancionado por medio de la resolución respectiva que al efecto dicte FONASA. Las transferencias que deban realizarse con cargo a dichas modificaciones sólo podrán materializarse una vez que se encuentren ingresadas para su tramitación a la Contraloría General de la República.

Con todo, el presupuesto vigente constituirá el monto máximo de recursos que serán transferidos por este concepto.

**DECIMO PRIMERA: Procedimiento de Evaluación Presupuestaria y de Actividad del Programa 05.** Los marcos presupuestarios del programa 05 señalados en la cláusula anterior se evaluarán de la siguiente forma:

1. **Egresos Hospitalarios y por CMA:**

La evaluación la actividad estará directamente relacionada con la calidad y oportunidad de los datos que los establecimientos hayan registrado en el sistema ALCOR e informado oportunamente por la Subsecretaría de Redes Asistenciales al Fondo Nacional de Salud.

La fecha de corte mensual del registro de actividad en Sistema GRD-IR será el decimoquinto día hábil del mes siguiente, debiendo estar disponible para FONASA los días 20 o hábil siguiente de cada mes siguiente a su ejecución.

A partir de la información anterior, Fonasa validará, para efectos del cálculo del financiamiento, los siguientes aspectos:

* Condición previsional del paciente
* RUT del paciente (ej: migrantes, recién nacidos, indocumentados)
* Condiciones de Oferta autorizada.
* Instrucciones de Codificación
* Programas de Incentivos (ej: reingresos, outliers, derivaciones)

La forma de cálculo del financiamiento de la actividad señalada anteriormente se efectuará conforme al procedimiento establecido en la resolución conjunta dictada por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección de Presupuestos de acuerdo con lo dispuesto en el inciso tercero de la Glosa 01 de la Partida 16 Ministerio de Salud, Capítulo 02 Fondo Nacional de Salud, Programa 05 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico, de la Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2021. En la misma resolución se determinará el o los precios base de transferencia sobre los cuales se aplicará el factor GRD correspondiente. Los precios bases para egresos por CMA serán los mismos que se determinen para los egresos hospitalarios.

1. **Ajuste de Tecnología.**

Corresponde al financiamiento y pago de los costos asociados a insumos y tecnologías necesarias para la resolución de la atención integral que no están reconocidos en la codificación de diagnósticos (CIE10) y procedimientos (CIE9).

Se incorpora en Anexo N° 6 el detalle de las prestaciones que considerarán dicho ajuste para el año 2021.

En la medida que se incorporen mayores antecedentes se podrán incluir nuevos ajustes que deberán ser comunicados durante el año.

1. **Atenciones Ambulatorias GES y NO GES.**

La actividad corresponde a aquella que es acordada y que debe ser registrada en el “Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud” (SIGGES).

La fecha de corte mensual del registro en SIGGES, será el décimo día del mes siguiente al período que se informa. Las reglas de validación (CAT) están definidas en el propio sistema de información y cualquier modificación será comunicada formalmente por FONASA.

El cálculo del financiamiento se realizará según los precios establecidos para estas prestaciones en la Resolución Exenta N° XXXX de fecha …, de Fonasa

1. **Medicamentos de Altos Costo y compra de servicios autorizada previamente**:

El cálculo del financiamiento por este mecanismo se realizará en el mes inmediatamente siguiente al que se recibió la rendición correcta del gasto.

**Los pagos asociados al reconocimiento Modalidad Pago centralizado a través de la Tesorería General de la República** serán incorporados como parte integral de la transferencia mensual respectiva, en concordancia con Circular N°09/2020, de DIPRES. Para la correcta imputación de la transferencia, los Servicios y sus establecimientos deberán incorporar en el compromiso de gasto la fuente de financiamiento asociada a dicha ejecución.

La **Evaluación Presupuestaria** se realizará trimestralmente considerando los aspectos de actividad señalados anteriormente mediante una entrega formal de los resultados a cada Servicio de Salud y establecimientos pertenecientes al Programa 05. Dichos resultados considerarán aumentos o rebajas de los marcos presupuestarios comunicados inicialmente como consecuencia de la actividad realizada por dichos establecimientos y las modificaciones presupuestarias asociadas a programas extraordinarios identificados en 2021.

Fonasa comunicará estos resultados y modificaciones mediante Oficio Ordinario dentro de los 45 días posteriores al término del trimestre a los Servicios de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales

**DECIMO SEGUNDA: Transferencia**

Fonasa realizará transferencias mensuales en consideración a lo informado por los Servicios de Salud y los 65 Establecimientos en el Anexo 1 – “Programa Financiero” del presente acuerdo.

Dichas transferencias considerarán los recursos necesarios para el pago de las remuneraciones ajustadas a los marcos presupuestarios vigentes y a las disponibilidades de caja de cada uno de los Establecimientos definidos en el programa 05.

Adicionalmente, se considerarán como transferencia, dentro de los cierres contables y presupuestarios, los pagos centralizados que se realicen por la Tesorería General de la República. Para esto, Fonasa comunicará los ajustes de transferencias a los Servicios de Salud y a los 65 establecimientos para que estos concilien presupuestariamente dentro de los 5 días hábiles siguientes.

Trimestralmente, se considerará dentro de los certificados de transferencia los recursos asociados a pagos de post-estabilización (rebases) de la Ley de Urgencia, realizados por Fonasa. Estos casos se comunicarán mensualmente por Fonasa a los Establecimientos y Servicios de Salud correspondientes. La determinación de los casos a pagar por los establecimientos pertenecientes a dicho programa será definida mediante resolución de FONASA durante el primer trimestre del año 2021.

**DECIMO TERCERA:** **De las obligaciones de los establecimientos de salud de mediana y alta complejidad con financiamiento por Programa Grupo Relacionado de Diagnóstico y de FONASA.**

Los establecimientos de salud aquí identificados deberán:

1. Responder a la demanda asistencial de su área jurisdiccional, monitoreando su producción, optimizando su capacidad resolutiva, y la gestión de los recursos, en cumplimiento de las prioridades y metas sanitarias, y el presupuesto definido en el presente Acuerdo.
2. Registrar mensualmente sus egresos de atención cerrada (egresos de hospitalización) y abierta (Cirugía Mayor Ambulatoria y Hospitalización Diurna), de forma fidedigna en la herramienta de codificación que el Ministerio de Salud pone a disposición de los establecimientos para dicho fin, de acuerdo a la fecha establecida por la Unidad GRD de MINSAL **manteniendo el 100% de codificación de los egresos informados en las estadísticas hospitalarias**.
3. Registrar mensualmente la totalidad de las prestaciones que se llevan en el Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) tanto GES como No GES.
4. Mantener el registro en el sistema de información estadística de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), así como en los sistemas locales de la totalidad de las actividades de producción e indicadores de gestión.
5. Registrar mensualmente información de costeo utilizando la herramienta definida para ello, de acuerdo con el estándar, calidad y en las fechas establecidas por la Subsecretaria de Redes Asistenciales.
6. Proporcionar mensualmente y en las fechas establecidas, la información financiera y presupuestaria quele solicite FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales según los formatos definidos en el Anexo N° 1 “Programa Financiero”, en el Anexo N° 2 “Detalle de Disponibilidades”, en el Anexo N° 3 “Detalle de Deuda” y; Anexo Nº4, “Rendición del Plan de Contratación Subtitulo 21”, los cuales están referidos a la clasificación de deuda, de disponibilidades y de caja presupuestaria (que deberán ser consistentes con sus registros en SIGFE), y que forman parte del presente Acuerdo. Estos Anexos se aprobarán conjuntamente con esteAcuerdo y se entenderá que forman parte del mismo para todos los efectos legales.
7. Efectuar el registro de la actividad en forma oportuna y de acuerdo a los protocolos de ingreso de información en los sistemas informáticos establecidos en el presente convenio. Si durante el año 2021 se identifican problemas en la implementación de las normas e instrucciones dictadas para realizar estos registros, será obligación del Servicio informar al Director Zonal de FONASA respectivo –o al Nivel Central de FONASA según corresponda– y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en forma inmediata junto con las soluciones y plazos posibles.
8. Toda Compra de fármacos que se registre en la asignación de gasto (22.04.04) debe primero reconocerse como Existencias para Stock en los Estados Financieros (Balance General), con la finalidad de llevar un control contable de ellos. Luego, cuando se distribuyan o se preste el servicio se deben reconocer como gastos presupuestarios. Lo anterior, en atención a lo instruido en Oficio de CGR N°96.016 del 2015, Materia M-01.
9. Los establecimientos deberán identificar la fuente de ingreso asociada al registro del gasto presupuestario según las instrucciones emanadas por Fonasa y la Subsecretaría de Redes.
10. Efectuar el registro contable de las transferencias recibidas desde Fonasa en el Servicio y establecimientos dependientes, en forma oportuna y en concordancia con el Certificado de Transferencias mensual, el cual será aprobado y comunicado por Fonasa junto con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
11. Deberá informar mensualmente, mediante lo dispuesto en el anexo N°5, a la Subsecretaría y FONASA las modificaciones a la capacidad resolutiva y de la cartera de servicios de o los establecimientos que impacte en los compromisos de actividad fijados en el presente acuerdo de gestión.

**Obligaciones del Servicio de Salud.** En virtud de este Acuerdo el Servicio de Salud se obliga a:

1. Transferir íntegramente los recursos entregados por FONASA con disposición a los Establecimientos referidos al programa 05 de Grupos Relacionados de Diagnóstico.

Fonasa tendrá las siguientes obligaciones con los Establecimientos de alta y mediana complejidad participantes del programa de financiamiento mediante Grupos Relacionados de Diagnósticos:

1. Financiar el 100% de los egresos hospitalarios y CMA realizados por los establecimientos participantes del presente convenio y que estén validados por FONASA.
2. Informar las modificaciones presupuestarias que sean tomadas de razón por parte de la Contraloría General de la República.
3. Informar mensualmente el certificado de transferencia asociado al cierre presupuestario correspondiente para la validación y registro por parte de los Establecimientos en SIGFE.
4. Informar dentro de los 10 días hábiles siguientes al cierre del mes correspondiente los casos no validados y sus causales.

**TÍTULO III**

**PROGRAMA DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES**

**DECIMO CUARTA**: **Contenido.**

Este programa contiene los recursos que serán transferidos por FONASA a los Servicios de Salud por la ejecución de las actividades realizadas a los beneficiarios del Régimen de Salud del Libro II del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, destinados al funcionamiento continuo de todos los establecimientos asistenciales dependientes administrativamente del Servicio de Salud, según las condiciones y formas que se explicitan en el presente convenio.

Las gestiones que realicen los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes deberán estar orientadas a dar cumplimiento a la priorización establecida por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y FONASA, en este convenio, en orden con los marcos de gasto establecidos en la Ley de Presupuestos.

**DECIMO QUINTA: Registro de la Actividad.** Si bien las transferencias de este programa no estarán determinadas por la actividad ejecutada, los establecimientos deberán registrar la actividad ejecutada de acuerdo con lo siguiente y según corresponda:

1. Egresos Hospitalarios: Corresponde a los egresos de pacientes que hacen uso de una de las camas de la dotación del hospital. Son las camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal.

En el caso de los establecimientos del Programa 04 que cuenten con la herramienta GRD, deberán continuar registrando estos egresos en ella. Aquellos que no cuentan con la herramienta GRD, los egresos hospitalarios deberán registrarse en el sistema de información estadística de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y en los sistemas locales con que disponen.

1. Cirugía Mayor Ambulatoria: Corresponde a todo acto quirúrgico mayor que se realiza en un pabellón ambulatorio o central, luego del cual el paciente una vez recuperado, vuelve a su domicilio en el mismo día o al siguiente, es decir, que su estadía sea menor a 24 horas y que esta se realice en sala de recuperación u otra dependencia destinada a este fin y no en una cama de la dotación hospitalaria. En el caso de los establecimientos del Programa 04 que cuenten con la herramienta GRD, deberán continuar registrando estos egresos CMA en ella. Aquellos que no cuentan con la herramienta GRD, los egresos CMA deberán registrarse en el sistema de información estadística de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y en los sistemas locales con que disponen.
2. Hospitalización Diurna: Es la actividad asistencial en que los pacientes ocupan dependencias del hospital (camillas o sillones o cunas y excluye el uso de dotación de camas hospitalarias) por un cierto número de horas para la realización de procedimientos que requieren equipos físicos altamente especializados y profesionales con competencias necesarias para garantizar la seguridad y confort de ellos. Al finalizar la atención el paciente vuelve a su hogar. En el caso de los establecimientos del Programa 04 que cuenten con la herramienta GRD, deberán continuar registrando estos egresos en ella. Aquellos que no cuentan con la herramienta GRD, estos egresos deberán registrarse en el sistema de información estadística de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y en los sistemas locales con que disponen.
3. Consultas de especialidades, exámenes y procedimientos ambulatorios: Incorpora procesos de atención ambulatoria del Nivel Secundario y Terciario, distintos de lo detallado en las letras b) y c) anteriores, referidos a consultas de especialidades, exámenes y procedimientos ambulatorios. Se registran obligatoriamente en el sistema de información estadística de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y en los sistemas locales con que disponen los establecimientos.
4. Actividad GES: Para efectos del Monitoreo de Garantías de Acceso y Oportunidad y la aplicación de la Garantía de Protección Financiera, los establecimientos deben registrar en el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explícitas de Salud (SIGGES) todas las atenciones asociadas a los problemas de salud garantizados, independiente del registro de lo detallado en las letras anteriores.
5. Actividad No GES: Para efectos de disponer de información para avanzar en nuevos mecanismos de pago, y monitorear actividad de interés, durante el año 2021 se deberá seguir registrando en SIGGES mensualmente la actividad que se registró en este Sistema hasta el año 2020.

**DECIMO SEXTA: Reglas de Financiamiento.**

1. **Atenciones Ambulatorias GES y NO GES.**

La actividad corresponde a aquella que es acordada y que debe ser registrada en el “Sistema de Información de Garantías Explícitas de Salud” (SIGGES).

La fecha de corte mensual del registro en SIGGES, será el décimo día del mes siguiente al período que se informa. Las reglas de validación (CAT) están definidas en el propio sistema de información y cualquier modificación será comunicada formalmente por FONASA.

El cálculo del presupuesto se realizará según los precios establecidos para estas prestaciones en la Resolución Exenta N° XXXX de fecha …, del Director de FONASA

a) Actividad GES ambulatoria

b) Programa Salud Oral

d) Quimio y radioterapia ambulatoria NO GES

e) Actividad NO GES ambulatoria

1. **Medicamentos de Altos Costo y compra de servicios autorizados previamente**:

El cálculo del financiamiento por este mecanismo se realizará en el mes inmediatamente siguiente al que se recibió la rendición correcta del gasto. Se incluyen además los recursos para cardiopatía Congénitas y Trasplantes.

1. **Convenios D.F.L.36:**

recursos anuales para la ejecución de los respectivos convenios con las instituciones autorizadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y FONASA.

1. **Programas de gastos adicionales** que se incorporen a la Ley de Presupuestos durante el año.

**Los pagos asociados al reconocimiento Modalidad Pago centralizado a través de la Tesorería General de la República** serán incorporados como parte integral de la transferencia mensual respectiva, en concordancia con Circular N°09/2020, de DIPRES. Para la correcta imputación de la transferencia, los Servicios y sus establecimientos deberán incorporar en el compromiso de gasto la fuente de financiamiento asociada a dicha ejecución, la cual considerará los programas de Fonasa 02 y 04.

**DECIMO SEPTIMA: Aranceles y Precios**

FONASA pagará los aranceles y precios establecidos para estas prestaciones en la Resolución Exenta N° XXXX de fecha …, de Fonasa.

**DECIMO OCTAVA: Marco presupuestario año 2021 del Programa de Prestaciones Institucionales.** El marco presupuestario del Programa de Prestaciones Institucionales para el año 2021 corresponderá al aprobado en la Partida 16 Ministerio de Salud, Capítulo 02 Fondo Nacional de Salud, Programa 04 Programa de Prestaciones Institucionales, Subtítulo 24 Transferencias corrientes, Ítem 02 al Gobierno Central, Asignación 022 Servicio de Salud MAGALLANES de la Ley de Presupuesto año 2021, y en sus decretos modificatorios debidamente tomados de razón por la Contraloría General de la República.

Para estos efectos, las partes dejan constancia de que el monto señalado corresponde a la cantidad de M$ 34.576.983.-

Se deja constancia de que dicho presupuesto contiene los recursos necesarios para los siguientes Convenios D.F.L. 36:

DFL 36 DESCENTRALIZADO 2021

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SERVICIO DE SALUD** | **CONVENIOS** | **MONTO ($)** | **TOTAL** |
| Servicio de Salud Magallanes | Medicamentos Oncológicos NO GES y NO LRS | 278.695 | 1.652.912 |
| Centro De Rehabilitación Cruz Del Sur-Pta Arenas-Pto Natales-Porvenir | 1.374.217 |

Las eventuales variaciones del monto señalado en la presente cláusula –derivada de la dictación de decretos modificatorios del presupuesto del sector público del presente año, tomados de razón por la Contraloría General de la República–, será sancionado por medio de la resolución respectiva que al efecto dicte FONASA. Las transferencias que deban realizarse con cargo a dichas modificaciones, sólo podrán materializarse una vez que se encuentren ingresadas para su tramitación a la Contraloría General de la República.

Con todo, el presupuesto vigente constituirá el monto máximo de recursos que serán transferidos por este concepto.

**DECIMO NOVENA: Procedimiento de Evaluación Presupuestaria y de Actividad del Programa 04 de Prestaciones Institucionales.** Los marcos presupuestarios del programa 04 señalados en la cláusula anterior se evaluarán de la siguiente forma:

1. **Atenciones Ambulatorias GES y NO GES.**

La actividad corresponde a aquella que es acordada y que debe ser registrada en el “Sistema de Información de Garantías Explícitas de Salud” (SIGGES).

La fecha de corte mensual del registro en SIGGES, será el décimo día del mes siguiente al período que se informa. Las reglas de validación (CAT) están definidas en el propio sistema de información y cualquier modificación será comunicada formalmente por FONASA.

El cálculo del financiamiento se realizará según los precios establecidos para estas prestaciones en la Resolución Exenta N° XXXX de fecha …, de Fonasa.

1. **Medicamentos de Altos Costo y compra de servicios autorizada previamente**:

El cálculo del financiamiento por este mecanismo se realizará en el mes inmediatamente siguiente al que se recibió la rendición correcta del gasto. Se incluyen además los recursos para cardiopatía Congénitas y Trasplantes.

**Los pagos asociados al reconocimiento Modalidad Pago centralizado a través de la Tesorería General de la República** serán incorporados como parte integral de la transferencia mensual respectiva, en concordancia con Circular N°09/2020, de DIPRES. Para la correcta imputación de la transferencia, los Servicios y sus establecimientos deberán incorporar en el compromiso de gasto la fuente de financiamiento asociada a dicha ejecución.

La **Evaluación Presupuestaria** se realizará trimestralmente considerando los aspectos de actividad señalados anteriormente mediante una entrega formal de los resultados a cada Servicio de Salud y los Establecimientos pertenecientes al Programa 04. Dichos resultados considerarán aumentos o rebajas de los marcos presupuestarios comunicados inicialmente como consecuencia de la actividad realizada por dichos establecimientos y señaladas en esta cláusula las modificaciones presupuestarias asociadas a programas extraordinarios identificados en 2021.

Fonasa comunicará estos resultados y modificaciones mediante Oficio Ordinario dentro de los 45 días posteriores al término del trimestre a los Servicios de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales

**VIGESIMA: Transferencia**

Fonasa realizará transferencias mensuales en consideración a lo informado por los Servicios de Salud y los 65 Establecimientos en el Anexo 1 – “Programa Financiero” del presente acuerdo.

Dichas transferencias considerarán los recursos necesarios para el pago de las remuneraciones ajustadas a los marcos presupuestarios vigentes y a las disponibilidades de caja de cada de los Establecimientos definidos en el programa 04.

Adicionalmente, se considerarán dentro de los cierres contables y presupuestarios como transferencia los pagos centralizados que se realicen por la Tesorería General de la República. Para esto, Fonasa comunicará los ajustes de transferencias a los Servicios de Salud y los 65 establecimientos para que estos concilien presupuestariamente dentro de los 5 días hábiles siguientes.

**VIGESIMO PRIMERA: Obligaciones del Servicio de Salud.** En virtud de este Acuerdo el Servicio de Salud se obliga a:

1. Gestionar la demanda asistencial de su área jurisdiccional, monitoreando su producción, optimizando su capacidad resolutiva y la gestión de los recursos, en cumplimiento a las prioridades y metas sanitarias, y el presupuesto definido en el presente Acuerdo.
2. Monitorear, para los establecimientos que tienen sistema GRD, el registro mensual de los egresos de atención cerrada (egresos de hospitalización) y abierta (Cirugía Mayor Ambulatoria y Hospitalización Diurna), de forma fidedigna en la herramienta de codificación que el Ministerio de Salud pone a disposición de los establecimientos para dicho fin, de acuerdo a la fecha establecida por la Unidad GRD de MINSAL.
3. Controlar el registro mensual de la totalidad de las prestaciones que se llevan en el Sistema de Información para la Gestión de Garantías Explicitas en Salud (SIGGES) tanto GES como No GES.
4. Mantener el registro en el sistema de información estadística de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), así como en los sistemas locales de la totalidad de las actividades de producción e indicadores de gestión.
5. Proporcionar mensualmente y en las fechas establecidas, la información financiera y presupuestaria que le solicite FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales según los formatos definidos en el Anexo N° 1 “Programa Financiero”, en el Anexo N° 2 “Detalle de Disponibilidades”, en el Anexo N° 3 “Detalle de Deuda” y; Anexo Nº4, “Rendición del Plan de Contratación Subtitulo 21”, los cuales están referidos a la clasificación de deuda, de disponibilidades y de caja presupuestaria (que deberán ser consistentes con sus registros en SIGFE), y que forman parte del presente Acuerdo. Estos Anexos se aprobarán conjuntamente con este Acuerdo y se entenderá que forman parte del mismo para todos los efectos legales.
6. Efectuar el registro de la actividad en forma oportuna y de acuerdo a los protocolos de ingreso de información en los sistemas informáticos establecidos en el presente convenio. Si durante el año 2021 se identifican problemas en la implementación de las normas e instrucciones dictadas para realizar estos registros, será obligación del Servicio informar al Director Zonal de FONASA respectivo –o al Nivel Central de FONASA según corresponda– y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en forma inmediata junto con las soluciones y plazos posibles.
7. El Servicio de Salud rendirá cuenta de los recursos que FONASA le transfiera en virtud de este Acuerdo de Gestión año 2021, de acuerdo con lo establecido en la Resolución N°30, de 2015, de la Contraloría General de la República.
8. Controlar el oportuno devengo de las facturas. Teniendo especial consideración de los Convenios D.F.L.36 autorizados en el presente convenio junto con las Facturas de pagos asociados a los Hospitales Concesionados, con el objeto de asegurar el pago oportuno de la Tesorería General de la República.

**De las obligaciones de Fonasa con los Servicios de Salud pertenecientes al programa 04 y la Subsecretaría de Redes Asistenciales:**

1. FONASA informará las modificaciones presupuestarias que sean tomadas de razón por parte de la Contraloría General de la República.
2. FONASA informará mensualmente el certificado de transferencia asociado al cierre presupuestario correspondiente para la validación y registro por parte de los Establecimientos en SIGFE.
3. FONASA informará dentro de los 10 días hábiles siguientes al cierre del mes correspondiente los casos no validados y sus causales.

**TÍTULO IV**

**FISCALIZACION DEL CORRECTO USO DEL SEGURO**

**VIGESIMO SEGUNDA Fiscalización.** Para fiscalizar el correcto cumplimiento del Acuerdo de Gestión, el Servicio de Salud o el Establecimiento de Salud, según corresponda, deberá proporcionar a FONASA toda la información requerida, estando facultado para efectuar visitas de inspección, revisar fichas clínicas, solicitar copias de fichas clínicas, y recabar todo otro antecedente que se estime pertinente, debiendo dársele todas las facilidades del caso, y en los plazos que se establezcan.

Asimismo, los establecimientos deberán cumplir con las normas legales, reglamentarias y administrativas que regulan la Modalidad de Atención Institucional.

Ante hallazgos detectados en la fiscalización, FONASA podrá solicitar a los Establecimientos de Salud o al Servicio de Salud, según corresponda, la elaboración y aplicación de un plan de mejora que incluya los aspectos observados, como también el descuento de los recursos transferidos y que presenten esta condición.

**TÍTULO V**

**OTRAS DISPOSICIONES**

**VIGESIMO TERCERA: del Plan de Contratación.**

Según lo dispuesto en la Glosa 01, párrafo cuarto del Programa 05 de FONASA. Los acuerdos de gestión deberán incluir el plan de contrataciones para el año 2021. Para esto los Establecimientos pertenecientes al programa deberán informar la dotación efectiva y autorizada al 31 de diciembre de 2020 y el respectivo plan de contratación para 2021 ajustado al marco presupuestario informado por el Servicio de Salud y en forma a lo señalado en el Anexo 4. Asimismo, en la consideración a las estrategias extraordinarias a desarrollar durante 2021 deberán especificarse las contrataciones extraordinarias destinadas a la atención de pacientes.

**VIGESIMO CUARTA: de las Resoluciones de Presupuestos de los Servicios de Salud**

Los Servicios de Salud deberán dictar en un plazo no superior a 15 días, contados desde la suscripción de este Acuerdo de Gestión, las resoluciones que distribuyen en sus establecimientos dependientes los presupuestos vigentes comunicados por el Fondo Nacional de Salud para el año 2021.

**VIGESIMO QUINTA: Otras condiciones.**

1. FONASA sólo financiará actividades ejecutadas y registradas en los sistemas de información estipulados en este ACUERDO DE GESTIÓN AÑO 2021 y que correspondan a actividades que estén autorizados de llevar a cabo según lo estipulado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
2. FONASA sólo financiara las actividades realizadas a sus beneficiarios y bajo la Modalidad de Atención Institucional.
3. Para los Hospitales que cuenten con el Sistema GRD, FONASA y el Ministerio de Salud obtendrán mensualmente los siguientes indicadores, que serán monitoreados por FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INDICADOR** | **OBSERVACIÓN** | **FUENTE** |
| 1 | Índice Funcional |  | Fuente Sistema GRD. |
| 2 | Porcentaje de Egresos con Estadías Prolongadas Superior (Outliers Superiores) |  | Fuente Sistema GRD. |
| 3 | Impacto (Estancias Evitables) depurado. Periodicidad semestral |  | Fuente Sistema GRD. |
| 4 | Disponibilidad de fármacos de mayor valor | Stock teórico fármacos de mayor valor (stock inicial + compra recibida – consumo de pacientes) / Stock real fármacos de mayor valor.  Estándar +/- 5% de desviación (95% a 105%)  NOTA: se entregará listado de fármacos de mayor valor | Fuente SUBREDES |
| 5 | Calidad estimaciones | Estimación gasto subt. 21 y 22 / Ejecución gasto subt. 21 y 22: Estándar +/- 5% de desviación (95% a 105%) | Fuente: Anexo 1 y SIGFE |
| 6 | Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad GES 85 | (N° GO retrasadas / GO totales) x100 < 5% | Fuente SIGGES |
| 7 | Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad GES cánceres | (N° GO retrasadas PS oncológicos / GO retrasadas) x100 < 2% | Fuente SIGGES |
| 8 | Porcentaje de Egresos codificados en Sistema GRD | Egresos codificados GRD/egresos DEIS > a 95% | Fuente: GRD y DEIS |
| 9 | Porcentajes de Egresos GRD con observación por Auditoría | Egresos observados / Egresos Auditados > 5% | Fuente: GRD e Informe de Auditoría |

**VIGESIMO SEXTA: Cumplimiento de indicadores.** Las eventuales mayores asignaciones presupuestarias se realizarán teniendo en consideración el cumplimiento de las prioridades y metas sanitarias, del registro y de los indicadores definidos en este Acuerdo de Gestión.

FONASA y la Subsecretaria de Redes Asistenciales realizarán un monitoreo y seguimiento de los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Gestión, a través de los Directorios de Compra.

Adicionalmente FONASA implementará y pondrá a disposición un Tablero de Indicadores de Gestión Hospitalaria que mostrará el desempeño comparado de los 65 hospitales del Programa GRD.

Un Comité de Evaluación integrado por FONASA, Subsecretaría de Redes Asistenciales y DIPRES, elaborarán en el mes de septiembre 2021 un ranking de hospitales de mayor a menor cumplimiento. Aquellos 5 hospitales de mejor posicionamiento en este ranking podrán postular proyectos de desarrollo asistencial con financiamiento extraordinario, de acuerdo con las normas que se dicten por Resolución de FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales a más tardar en el mes de junio 2021.

**VIGESIMO SEPTIMA:** **Vigencia.** El presente Acuerdo de Gestión año 2021 tendrá vigencia a contar del 1° de enero del 2021, e incluye las prestaciones otorgadas desde el 1° de enero al 31 de diciembre de 2021. Por razones de buen servicio, las actividades y transferencias comenzarán a realizarse a contar del 1 de enero de 2021, a fin de mantener la continuidad de las atenciones de salud a los beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud.

**VIGESIMO OCTAVA: Ejemplares.** El presente Acuerdo de Gestión año 2021 se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de cada parte.

**VIGESIMO NOVENA: Personerías**. La personería del Dr. Alberto Dougnac Labatut para representar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, consta de su nombramiento como Subsecretario contenido en el Decreto supremo N°39, de 06 de noviembre 2020, del Ministerio de Salud.

La personería de don Marcelo Mosso Gómez para representar al Fondo Nacional de Salud, consta de su nombramiento como Director Nacional contenido en el Decreto Supremo N° 27, de 15 de marzo 2018, del Ministerio de Salud.

La personería del Sr. Nelson Reyes Silva, para representar al Servicio de Salud Magallanes, consta de su nombramiento como Director, contenido en Decreto Afecto N° 14 de fecha 08 de marzo 2019, del Ministerio de Salud; y del Sr. Marcelo Torres Mendoza para representar al Hospital Clínico de Magallanes, consta en designación de subrogancia del cargo de Director, contenida en Resolución RA N° 443/2654/2019 de fecha 17 de octubre 2019, del Director del Hospital Clínico de Magallanes.

Marcelo Torres Mendoza Nelson Reyes Silva

Director (S) Hospital Clínico de Magallanes Director Servicio de Salud Magallanes

Marcelo Mosso Gómez Dr. Alberto Dougnac Labatut

Director Nacional de FONASA Subsecretario de Redes Asistenciales

**ANEXO 1**



**ANEXO 2**



**ANEXO 3**



**ANEXO N°4 – PLAN DE CONTRATACION**



**ANEXO N°5 – CAMBIO CARTERA DE SERVICIOS Y/O CAPACIDAD RESOLUTIVA**

SERVICIO DE SALUD …………………………………………………………..

HOSPITAL: ……………………………………………………………………….

FECHA: ………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dotación autorizada MINSAL | Dotación al 23 de diciembre 2020 | Dotación al …………… |
| N°de camas UCI adultos |  |  |  |
| N°de camas UCI pediátricas |  |  |  |
| N°de camas UCI Neo |  |  |  |
| N°de camas UTI adultos |  |  |  |
| N°de camas UTI pediátricas |  |  |  |
| N°de camas UTI Neo |  |  |  |
| N°de camas cuidados especiales o agudas adultos |  |  |  |
| N°decamas cuidados especiales o agudas pediátricas |  |  |  |
| N° de cunas |  |  |  |
| N° de camas Medicina |  |  |  |
| N° de camas MQ |  |  |  |
| N° de camas Pediatría |  |  |  |
| N° de camas Maternidad |  |  |  |
| N° de camas Observación |  |  |  |
| N° de pabellones Centrales |  |  |  |
| N° de pabellones Maternidad |  |  |  |
| N° de pabellones Urgencia |  |  |  |
| N° de pabellones Ambulatorios |  |  |  |
| OTRO: espeficar |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

OBSERVACIONES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

XXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Director Hospital …………….. Director Servicio de Salud ……….

**ANEXO Nº6 – AJUSTE DE TECNOLOGÍA**

**Antecedentes.**

La metodología de Pago por GRD considera transferir a los prestadores para cada egreso hospitalario, un precio promedio ajustado por complejidad. En la práctica, cada egreso (GRD) se valoriza al ponderar su peso de complejidad relativa por un precio base definido para el establecimiento.

Sin embargo, en ocasiones algunas tecnologías o técnicas no están representadas de manera específica en un GRD. En general corresponden a terapias o dispositivos de alta complejidad utilizados en el tratamiento del paciente durante el episodio de hospitalización, asociados a nuevas tecnologías que aumentan el costo hospitalario y que no recoge el peso del GRD, el cual representa el costo del paciente medio al momento del cálculo de los pesos relativos; o bien corresponden a terapias o tratamientos con un alto consumo de recursos materiales cuya intensidad de uso no se refleja en la severidad del caso.

En estos casos, surge la alternativa de complementar el retorno generado por la complejidad del caso manifestada en su peso, con fórmulas especiales de pago que llamaremos “ajuste de tecnología” (AT).

**Ajustes de Tecnología.**

A la fecha se aplican ajustes tecnológicos para algunos procedimientos o dispositivos en egresos de establecimientos privados en convenio con FONASA[[1]](#footnote-1), sin embargo, no se incluyen en el Programa 05 de Financiamiento de Hospitales Públicos por Grupo Relacionado de Diagnóstico.

Los AT corresponderán a un pago adicional al valor del GRD respectivo, por cada egreso registrado.

Al respecto, es deseable que estos ajustes cumplan ciertas características, que faciliten su individualización y pago:

* Sea de fácil identificación, por ejemplo, a través de un código de procedimiento/dispositivo reconocido en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD);
* Que el procedimiento/dispositivo sea específico, es decir, propio o peculiar de un problema de salud que lo caracterice o distingue de otras alternativas similares;
* Que sea de uso frecuente. Si se repite a menudo en la resolución de un problema de salud y el precio no responde al costo promedio del egreso, entonces el mecanismo de pago no permite compartir riesgos entre el asegurador y el prestador;
* Que se pague una única vez por cada egreso;
* Que existan tarifas de referencia, estudios de costo o valorización del problema de salud que se resuelve y/o del procedimiento o dispositivo que se utiliza.

1. **Ajuste de tecnología para endoprótesis aórtica.**

La endoprótesis aórtica consiste en una prótesis metálica o biológica forrada con una tela impermeable, que tiene por objeto sellar filtraciones y/o dilatación en la arteria aorta, que es la arteria más grande del cuerpo y distribuye la sangre por todo el organismo. Se implanta mediante un procedimiento endovascular (desde dentro de la aorta) o a través de cirugía abierta.

El reconocimiento de este ajuste de tecnología tiene relación a que el consumo de recursos expresado en el peso relativo de los egresos no da cuenta completamente del costo asociado al dispositivo utilizado. En este caso específico se cumple con las características deseadas de fácil identificación, especificidad, frecuencia y valores de referencia. En efecto, los códigos CIE9 registrados en el CMBD (Tabla 1) permiten identificar con certeza la utilización del dispositivo de endoprótesis aórtica en procedimiento cardiovascular:

Tabla 1

Procedimientos asociados al uso de endoprótesis aórtica.



Para el año 2019[[2]](#footnote-2), los egresos GRD que incluyen alguno de los procedimientos que marcan la utilización del dispositivo alcanzan los 520 casos. Estos egresos se agrupan en 25 GRD distintos, sin embargo, casi el 80% de los casos se acumulan en 7 GRD (Tabla 2):

Tabla 2.

GRD que incluyen procedimientos asociados al uso de endoprótesis aórtica



Los establecimientos que participan del Programa 05 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico con egresos que incluyen endoprótesis aórtica son los siguientes:



Cálculo del ajuste.

El ajuste de tecnología para el procedimiento de endoprótesis aórtica debe ser necesariamente un monto fijo y aplicado al 100% de los casos, independiente del nivel de severidad. En efecto, la diferencia en los pesos relativos de los egresos que incluyen el dispositivo y que por ejemplo se observa en la Tabla 2, obedece a la diferencia en el costo esperado de los egresos respecto al costo medio de todos los egresos. Que un egreso tenga un peso mayor y como consecuencia un pago más alto, no significa que no requiere ajuste porque el costo del dispositivo está incluido, sino que ese tipo de egresos en particular requiere una mayor proporción de recursos en relación con todos los otros, independiente del ajuste.

Para el año 2019, los 520 egresos de establecimientos públicos que incluyen el uso del dispositivo tienen un peso promedio de 3,53 y un precio de transferencia promedio de $7.704.375.- Por otro lado, el tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más del GES, se valoriza en un promedio de $12.346.931 en pacientes que se distribuyen equitativamente en complicados y no complicados[[3]](#footnote-3). Un ajuste tecnológico de $4.640.000.- por cada egreso, reconoce el costo promedio utilizado en el financiamiento histórico del uso de endoprótesis aórtica.

En la elaboración del ajuste, se revisaron los valores de los dispositivos en Convenio Marco y Licitaciones Públicas.

La implementación del ajuste supone la revisión clínica de los casos por parte de FONASA y la elaboración de un documento con buenas prácticas de codificación de estos egresos.

**Resumen:**



Recursos 2021: **M$2.412.800.-** (520 x $4.640.000)

1. **Ajuste de tecnología para insuficiencia cardíaca avanzada.**

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad con tasas altas de incidencia y prevalencia en el mundo, que en el extremo producen muerte súbita de naturaleza cardíaca. En la actualidad existen intervenciones para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada como el cardio desfibrilador, que es un dispositivo que detecta cualquier latido cardíaco rápido y potencialmente mortal (arritmia) y envía rápidamente un electrochoque al corazón para transformar el ritmo de nuevo a la normalidad. En algunos pacientes, los ventrículos no solamente se contraen poco, sino que además lo hacen de manera desincronizada, lo que disminuye aún más el rendimiento cardíaco. En estos casos el tratamiento incluye un desfibrilador con resincronización cardíaca.

El reconocimiento de este ajuste de tecnología tiene relación a que el consumo de recursos expresado en el peso relativo de los egresos no da cuenta completamente del costo asociado al dispositivo utilizado. En este caso específico se cumple con las características deseadas de fácil identificación, especificidad, frecuencia y valores de referencia.

En efecto, los códigos CIE9 registrados en el CMBD (Tabla 3) permiten identificar con certeza la utilización del desfibrilador para insuficiencia cardiaca avanzada:

Tabla 3

Procedimientos asociados al uso de desfibrilador con y sin resincronizador.

**Ajuste de tecnología**

**Códigos**

**Descripción**

Desfibrilador VVI

37.94

Desfibrilador DDD

Desfibrilador VVI +

Resincronizador

Desfibrilador DDD +

Resincronizador

 Implantación o sustitución de

cardioversor/desfibrilador automático [CDAI], sistema

completo

00.51

Implantación de desfibrilador de resincronización

cardiaca, sistema total [CRT-D]

Para el año 2019, los egresos GRD que incluyen alguno de los procedimientos que marcan la utilización del dispositivo alcanzan los 152 casos para Desfibriladores (VVI y DDD) sin resincronizador y 187 casos para Desfibriladores (VVI y DDD) con resincronizador. Estos egresos se agrupan en 6 GRD alcanzando el 100% de los casos respectivamente, (Tabla 4):

Tabla 4.

GRD que incluyen procedimientos asociados al uso de desfibrilador con y sin resincronizador.



Los establecimientos que participan del Programa 05 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico con egresos que incluyen Desfibrilador con y sin resincronizador son los siguientes:



Cálculo del ajuste.

El ajuste de tecnología para el procedimiento de endoprótesis aórtica debe ser necesariamente un monto fijo y aplicado al 100% de los casos, independiente del nivel de severidad. En efecto, la diferencia en los pesos relativos de los egresos que incluyen el dispositivo y que por ejemplo se observa en la Tabla 4, obedece a la diferencia en el costo esperado de los egresos respecto al costo medio de todos los egresos. Que un egreso tenga un peso mayor y como consecuencia un pago más alto, no significa que no requiere ajuste porque el costo del dispositivo está incluido, sino que ese tipo de egresos en particular requiere una mayor proporción de recursos en relación con todos los otros, independiente del ajuste.

Para el año 2019, los 152 egresos de establecimientos públicos que incluyen el uso del dispositivo desfibrilador sin resincronizador tienen un peso promedio de 4,69 y un precio de transferencia promedio de $9.667.262.- Por otro lado, el valor promedio del Desfibrilador VVI y Desfibrilador DDD del Arancel PPV se valorizaba en un promedio de $ 10.933.376[[4]](#footnote-4). Un ajuste tecnológico de $1.270.000.- por cada egreso, reconoce el costo promedio utilizado en el financiamiento histórico del uso de desfibrilador sin resincronizador.

Por otro lado, en el caso de Desfibrilador VVI y Desfibrilador DDD con resincronizador, el año 2019 los 187 egresos de establecimientos públicos que incluyen el uso del dispositivo tienen un peso promedio de 4,53 y un precio de transferencia promedio de $ 9.719.680.- Sin embargo, el valor promedio del Desfibrilador VVI y Desfibrilador DDD con resincronizador del Arancel PPV se valorizaba en un promedio ponderado de $15.531.586[[5]](#footnote-5). Un ajuste tecnológico de $5.811.000.- por cada egreso, reconoce el costo promedio utilizado en el financiamiento histórico del uso de desfibrilador con resincronizador.

En la elaboración del ajuste, se revisaron los valores de los dispositivos en Convenio Marco y Licitaciones Públicas.

La implementación del ajuste supone la revisión clínica de los casos por parte de FONASA y la elaboración de un documento con buenas prácticas de codificación de estos egresos.

**Resumen:**

**Descripción**

**Monto ajuste ($)**

**Condición**

Ajuste de tecnología para

Desfibrilador VVI y

Desfibrilador DDD

$ 1.270.000

Egreso incluye Procedimiento 37.94

Implantación o sustitución de

cardioversor/desfibrilador automático

[CDAI], sistema completo

**Descripción**

**Monto ajuste**

**($)**

**Condición**

Ajuste de tecnología para

Desfibrilador VVI +

Resincronizador y Desfibrilador

DDD + Resincronizador

$ 5.811.000

Egreso incluye Procedimiento 00.51

Implantación de desfibrilador de

resincronización cardiaca, sistema total

[CRT-D]

Recursos 2021: **M$193.040-** (152 x $1.270.000)

Recursos 2021: **M$1.086.657-** (187 x $5.811.000)

**Ajuste de tecnología para aneurismas cerebrales.**

Los aneurismas se relacionan con una debilidad en la pared del vaso sanguíneo afectado. Se producen generalmente a nivel cerebral. La rotura de un aneurisma es una situación de urgencia y puede provocar la muerte.

La embolización endovascular es un procedimiento para tratar vasos sanguíneos anormales en el cerebro (y otras partes del cuerpo) donde el médico coloca un dispositivo con estructura espiralada que promueven la formación de un trombo para obstruir el flujo sanguíneo y así formar un coágulo localizado que termine tapando o aislando de la circulación la región donde son depositados y prevenga la ruptura del aneurisma.

En este caso, consideramos la instalación de uno o más dispositivos Coils para el tratamiento de:

* Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas cerebrales;
* Aneurismas cerebrales sin ruptura y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales.

El reconocimiento de este ajuste de tecnología tiene relación a que el consumo de recursos expresado en el peso relativo de los egresos no da cuenta completamente del costo asociado al dispositivo utilizado. En este caso específico se cumple con las características deseadas de fácil identificación, especificidad, frecuencia y valores de referencia.

En efecto, los códigos CIE9 registrados en el CMBD (Tabla 5) permiten identificar con certeza la utilización del desfibrilador para insuficiencia cardiaca avanzada:

Tabla 5

Procedimientos asociados al uso de dispositivos Coils

**Códigos**

**Descripción**

39.72

Embolización u oclusión endovascular de vasos de cabeza y

cuello

39.75

Embolización u oclusión endovascular de vaso(s) de cabeza o

cuello utilizando espirales descubiertas.

39.76

Embolización de vasos de cabeza o cuello mediante espirales

bioactivas.

Para el año 2019, los egresos que incluyen alguno de los procedimientos que marcan la utilización del dispositivo alcanzan los 579 casos. Estos egresos se agrupan en 28 GRD distintos, sin embargo, casi el 80% de los casos se acumulan en 5 GRD (Tabla 6):

Tabla 6.

Principales GRD que incluyen procedimientos asociados al uso de dispositivos Coils

**Grupo Relacionado al Diagnóstico**

**Peso**

**Medio**

**Frec.**

**Relativa**

**acumulada**

011121 - PH PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES

0,9578

45,3%

011122 - PH PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES W/CC

1,2738

61,1%

011123 - PH PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES W/MCC

2,6333

70,3%

041023 - PH VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA SIN TRAQUEOSTOMÍA W/MCC

5,8207

76,0%

041013 - PH ECMO VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA CON TRAQUEOSTOMÍA W/MCC

11,7045

79,6%

Los establecimientos que participan del Programa 05 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico con egresos que incluyen dispositivos Coils son los siguientes:

**Establecimientos**

112104

Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo

118100

Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)

114101

Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)

113100

Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)

106100

Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)

121109

Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)

124105

Hospital de Puerto Montt

120101

Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles)

111100

Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)

114103

Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)

115100

Hospital Regional de Rancagua

117101

Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)

101100

Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)

107100

Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)

111195

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)

112100

Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)

116105

Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)

Cálculo del ajuste.

El ajuste de tecnología para el procedimiento de instalación de uno o más Dispositivo Coils para tratamiento de Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas cerebrales; Aneurismas cerebrales sin ruptura y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales, debe ser necesariamente un monto fijo y aplicado al 100% de los casos, independiente del nivel de severidad. En efecto, la diferencia en los pesos relativos de los egresos que incluyen el dispositivo y que por ejemplo se observa en la Tabla 6, obedece a la diferencia en el costo esperado de los egresos respecto al costo medio de todos los egresos. Que un egreso tenga un peso mayor y como consecuencia un pago más alto, no significa que no requiere ajuste porque el costo del dispositivo está incluido, sino que ese tipo de egresos en particular requiere una mayor proporción de recursos en relación con todos los otros, independiente del ajuste.

En la elaboración del ajuste, conversamos con un referente técnico del área de neurocirugía y se revisaron los valores de los dispositivos en Convenio Marco y Licitaciones Públicas.

Para el año 2019, los 579 egresos de establecimientos públicos que incluyen el uso del dispositivo Coils tienen un peso promedio de 2,29 y un precio de transferencia promedio de $4.323.855.- Por otro lado, el valor promedio ponderado de la instalación de uno o más Dispositivo Coils del Arancel PPV se valorizaba en $8.128.095[[6]](#footnote-6). Un ajuste tecnológico de $3.800.000.- por cada egreso, reconoce el costo promedio utilizado en el financiamiento histórico de la instalación de uno o más Dispositivo Coils. Como antecedente, la licitación privada tiene un ajuste por egreso de $3.284.400.-

**Resumen:**

**Descripción**

**Monto ajuste ($)**

**Condición**

Ajuste de tecnología para

Dispositivo Coils para

tratamiento de

Hemorragia

Subaracnoidea secundaria

a ruptura de Aneurismas

cerebrales; Aneurismas

cerebrales sin ruptura y

Malformaciones

Arteriovenosas

cerebrales

$ 3.800.000

Egreso incluye Procedimiento 39.72

Embolización u oclusión endovascular

de vasos de cabeza y cuello o 39.75

Embolización u oclusión endovascular

de vaso(s) de cabeza o cuello

utilizando espirales descubiertas o

39.76 Embolización de vasos de cabeza

o cuello mediante espirales

bioactivas.

Recursos 2021: **M$2.200.200.-** (579 x $3.800.000)

1. **Ajuste de tecnología para prótesis de miembro inferior (cadera y rodilla).**

La prótesis de miembro inferior corresponde a un dispositivo hecho para reemplazar toda o una parte de una articulación comprometida. Debido al envejecimiento de la población y otros factores genéticos, funcionales, etc., son cada vez más común en la población del país. Mediante una intervención, se reemplazan las superficies articulares dañadas, por piezas generalmente de metal.

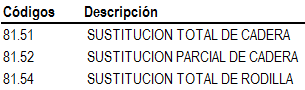
Al respecto, la prótesis de cadera viene a reemplazar la articulación afectada por desgaste o enfermedad. En Chile, el programa GES (instrumento de priorización en salud) garantiza el acceso, oportunidad y protección financiera en el tratamiento de endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa. Por otro lado, los reemplazos articulares de rodilla son cada vez más frecuentes en el mundo. En el caso chileno, el GES garantiza el tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada, no así el reemplazo con prótesis, ajustando la demanda a través de listas de espera.

El reconocimiento de este ajuste de tecnología para prótesis de miembro inferior tiene relación a que el consumo de recursos expresado en el peso relativo de los egresos no da cuenta completamente del costo asociado al dispositivo utilizado. En este caso específico se cumple con las características deseadas de fácil identificación, especificidad, frecuencia y valores de referencia.

Los procedimientos de prótesis de cadera y de rodilla, caen en el mismo GRD, con igual severidad. Los códigos CIE9 registrados en el CMBD (Tabla 7) permiten identificar con certeza la utilización prótesis de miembro inferior:

Tabla 7

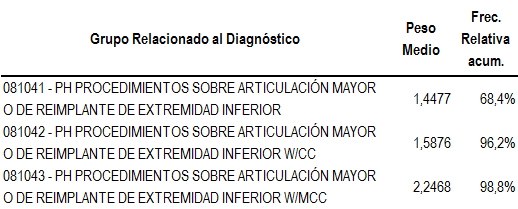
Procedimientos asociados al uso de prótesis de miembro inferior (cadera y rodilla).



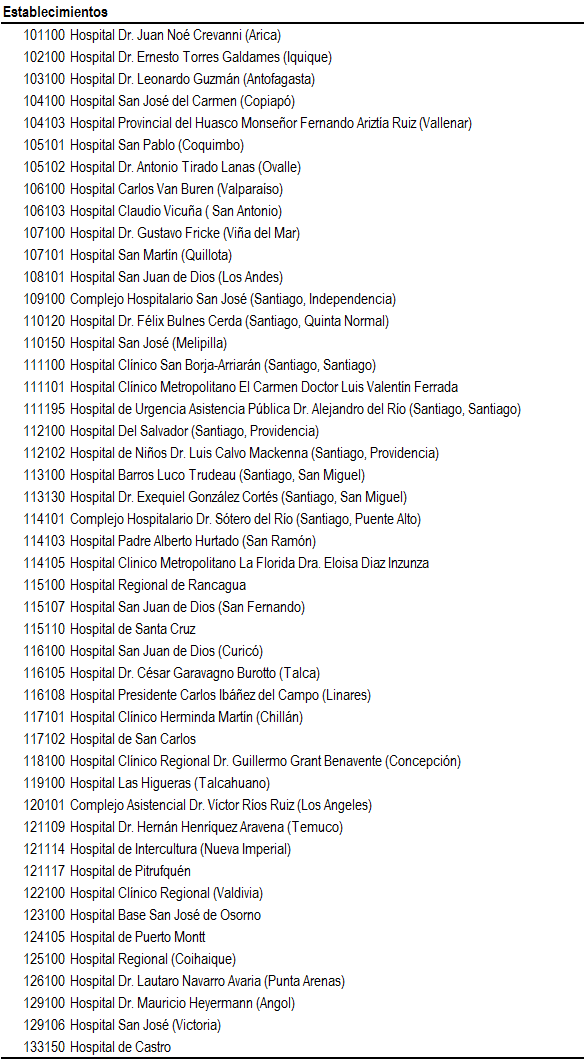
Para el año 2019, los egresos que incluyen alguno de los procedimientos que marcan la utilización del dispositivo alcanzan los 10.063 casos. Estos egresos se agrupan en 6 GRD distintos, sin embargo, el 98.8% de los casos se acumulan en los siguientes GRD (Tabla 8):

Tabla 8.

Principales GRD que incluyen procedimientos asociados al uso de prótesis de miembro inferior (cadera y rodilla).



Los establecimientos que participan del Programa 05 Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico con egresos que incluyen uso de prótesis de miembro inferior (cadera y rodilla) son los siguientes:



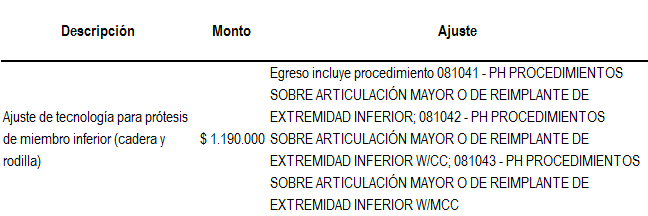
Cálculo del ajuste.

El ajuste de tecnología para la instalación de prótesis de miembro inferior (cadera y rodilla), debe ser necesariamente un monto fijo y aplicado al 100% de los casos, independiente del nivel de severidad. En efecto, la diferencia en los pesos relativos de los egresos que incluyen el dispositivo y que por ejemplo se observa en la Tabla 8, obedece a la diferencia en el costo esperado de los egresos respecto al costo medio de todos los egresos. Que un egreso tenga un peso mayor y como consecuencia un pago más alto, no significa que no requiere ajuste porque el costo del dispositivo está incluido, sino que ese tipo de egresos en particular requiere una mayor proporción de recursos en relación con todos los otros, independiente del ajuste.

Para el año 2019, los 10.063 egresos de establecimientos públicos que incluye la instalación de prótesis de miembro inferior (cadera y rodilla) tienen un peso promedio de 1,53 y un precio de transferencia promedio de $2.046.919.- Un ajuste tecnológico de $1.190.000.- por cada egreso, reconoce el costo promedio utilizado de la instalación de prótesis de miembro inferior (cadera y rodilla).

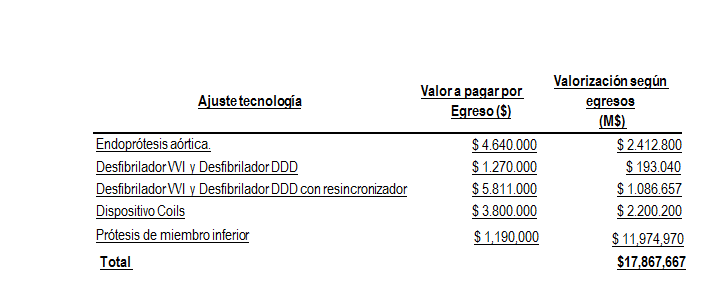
En la elaboración del ajuste, conversamos con un referente técnico público del área de traumatología y se revisaron los valores de los dispositivos en Convenio Marco y Licitaciones Públicas.

**Resumen:**



Recursos 2021: **M$11.974.970.-** (10.063 x $1.190.000)

**Consolidado**



1. Procedimientos de sustitución renal continuos, Prótesis Aortica, Plasmaféresis, Dispositivos cardiacos, Coils. [↑](#footnote-ref-1)
2. Se utiliza el año 2019 como última fuente de datos disponible en año regular, sin los efectos de baja de producción y cambio en la oferta de los hospitales causados por la pandemia de Covid-19. [↑](#footnote-ref-2)
3. Este precio promedio se calculó en función del costo promedio ponderado para el tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más del GES, en pacientes complicados y no complicados. El precio de esas intervenciones se calculó en su oportunidad a partir de la identificación y valorización de las prestaciones asociadas, en un proceso denominado “canasteo” mediante el cual se agrupan los procedimientos que resuelven un problema de salud para un enfermo promedio. [↑](#footnote-ref-3)
4. Este precio promedio se calculó en función del costo promedio ponderado para el tratamiento para insuficiencia cardíaca avanzada con desfibrilador VVI y Desfibrilador DDD. El precio de esas intervenciones se calculó en su oportunidad a partir de la identificación y valorización de las prestaciones asociadas, en un proceso denominado “canasteo” mediante el cual se agrupan los procedimientos que resuelven un problema de salud para un enfermo promedio. [↑](#footnote-ref-4)
5. El precio promedio se calculó en función del costo promedio ponderado para el tratamiento para insuficiencia cardíaca avanzada con desfibrilador VVI y Desfibrilador DDD con resincronizador. [↑](#footnote-ref-5)
6. Este precio promedio se calculó en función del costo promedio ponderado para la instalación de uno o más Dispositivo Coils para tratamiento de Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de Aneurismas cerebrales; Aneurismas cerebrales sin ruptura y Malformaciones Arteriovenosas cerebrales. El precio de esas intervenciones se calculó en su oportunidad a partir de la identificación y valorización de las prestaciones asociadas, en un proceso denominado “canasteo” mediante el cual se agrupan los procedimientos que resuelven un problema de salud para un enfermo promedio. [↑](#footnote-ref-6)