



HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES
"DR. LAUTARO NAVARRO AVARIA"
SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA
DEPARTAMENTO DE VENTAS DE SERVICIOS

MANUAL PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE ATENCIÓN A PACIENTES PARTICULARES

DEPARTAMENTO DE VENTAS DE SERVICIOS

HOSPITAL REGIONAL PUNTA ARENAS "DR. LAUTARO NAVARRO A."

Punta Arenas, Junio 2015.

I INTRODUCCION

La Resolución Exenta N° 368, del 12 de febrero de 2010, del MINSAL, Aprueba Nuevo Texto Norma General Administrativa N° 2 Sobre Atención de Pacientes Particulares.

La indicada norma general administrativa tiene por objetivo la regulación de las normas y los procedimientos para que los Establecimientos Asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, atiendan pacientes particulares. Asimismo, establece las normas que deberán aplicarse en los convenios que celebren los Establecimientos con los profesionales de la salud para el otorgamiento de prestaciones y acciones de salud en el Establecimiento a los pacientes particulares de dichos profesionales, todo ello en conformidad a lo establecido en el artículo 36, en sus letras l) y m) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, en adelante “el DFL N° 1” y artículo 23 letras l) y m) del decreto supremo N° 38, de 2005, ambos del Ministerio de Salud.

Consecuente con lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el numeral II, 8 de la Norma Administrativa N° 2 antes señalada, que establece que “el Establecimiento deberá tener un “Manual de Normas y Procedimientos” con relación a la prestación de servicios o atención a pacientes particulares”, el Hospital Clínico Magallanes ha elaborado el presente Manual.

II OBJETIVO GENERAL DEPARTAMENTO DE VENTAS DE SERVICIOS

El Departamento de Ventas de Servicios proyecta su objetivo general en el aumento de la percepción de ingresos propios, tanto por una mayor cantidad de prestaciones a realizar, como por una mejor percepción de las mismas, enmarcándose en la Misión y Visión del Hospital Clínico de Magallanes, y en sus valores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Valorizar correcta y oportunamente las prestaciones otorgadas, conforme a la información recepcionada desde los servicios clínicos, entregando una información correcta y oportuna a nuestros usuarios.
2. Agilizar y validar la gestión de los documentos representativos de valor, los que se deben traducir en recursos para el establecimiento.
3. Gestionar convenios con diversas instituciones tanto del área pública como privada, abriendo nuevas fuentes de negocios generadoras de ingresos, y dejando el Hospital al alcance de todos los habitantes de la Región de Magallanes, y de quienes la visitan.
4. Alcanzar un alto nivel de recuperación de las cuentas por cobrar a través de una buena gestión de cobro.

Dentro de estos objetivos destacan la gestión de Convenios para atención pacientes privados, actividad en la cual recurren profesionales médicos que en su carácter de profesionales tienen la capacidad de prestar atenciones a sus pacientes privados fuera de su jornada laboral contratada por el Hospital, y excepcionalmente profesionales que no sean funcionarios, los que serán definidos en sus procedimientos administrativos a través del presente documento.

III. GENERALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PRIVADO EN EL HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

**Conforme a “Procedimientos Administrativos Servicio de Pensionado
“Hospital Clínico de Magallanes”
Aprobado por Resolución Exenta N° 6381 del 08 de Septiembre de 2014**

1. INGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE PENSIONADO

1.1 Ambulatorios en Sala de Procedimientos

- Médico Tratante emite Orden de Atención para procedimientos ambulatorios.
- Admisora entrega presupuesto.

- Admisora entrega programa según previsión a paciente o representante para la compra de bonos o deriva a Administradora de Pensionado para la entrega de respaldo por uso de sala de procedimientos.
- Administradora en los casos de FONASA Modalidad Libre Elección (F.M.L.E) recibe bono y cobra diferencia al paciente.

1.2 Servicio de Urgencia

- Se revisarán a diario (en jornada hábil) los ingresos derivados desde urgencia, para proceder a requerir a los familiares los trámites administrativos que se encuentren pendientes, conforme se detalla en flujograma más adelante.

1.3 Traslados Intrahospitalario

- Se requiere a familiar de paciente derivado al Servicio de Pensionado, realizar el ingreso hospitalario y tomar conocimiento de los posibles gastos por las prestaciones a realizar.
- Administradora solicita respaldo a familiar o representante, si no puede dejar el respaldo en ese momento, se autoriza un plazo de 24 hrs. ó 48 hrs. para que lo entregue, sujeto a los días de hospitalización.

1.4 Paciente derivado de Consulta Particular o Institucional

- El Médico Tratante emite Orden de Atención al paciente para solicitar presupuesto el cual incluye los montos estimativos de las prestaciones a realizar.
- Admisión de Pensionado explica el presupuesto y hace firmar a paciente o representante para toma conocimiento, y entrega información de trámites administrativos que debe realizar previo a su hospitalización.
- Médico Tratante y paciente deciden por nuestro establecimiento.
- Médico Tratante coordinará hospitalización e intervención si la requiere.

En casos de intervenciones traumatológicas u otras que requieren de insumos especiales, Médico Tratante emite receta a paciente o representante quien la entrega en Farmacia para su cotización, y después de aproximadamente 5 días hábiles el paciente o representante pueden solicitar su presupuesto.

2. Reserva de Camas

La reserva de cama la puede realizar el Médico Tratante o Administradora de Pensionado; personalmente, vía telefónica o correo electrónico, con la enfermera de turno.

3. Solicitud de Pabellón

Médico Tratante entrega personalmente, vía telefónica o correo electrónico la solicitud de Pabellón a Enfermera de Turno, quien verifica datos tales como:

- Nombre Completo del paciente
- N° de Rut del paciente
- Fecha de intervención
- Hora de Intervención
- Previsión

Los pacientes que no requieren de intervención deben estar los antecedentes completos para que Admisión pueda generar el ingreso hospitalario correspondiente y solicitar Ficha Clínica.

4. Trámites Administrativos previos para Hospitalización

- Administradora debe recibir respaldo de Paciente o representante como máximo dos días previo a la hospitalización.

Se excluye de este plazo a pacientes de otras localidades como por ejemplo: Natales, Porvenir u otros, quienes podrán respaldar el mismo día de hospitalización previo aviso por vía telefónica o correo electrónico, otros casos podrán ser autorizados por Administradora.

- Administradora hace firmar a paciente o representante formato de respaldo, recomendaciones de ingreso, declaración de paciente para confirmar previsión.

- Administradora confirma reserva de cama y elección de habitación estipulada por paciente con enfermera de turno.
- Administradora explica a paciente o representante los procesos de la cuenta corriente por las prestaciones otorgadas y los trámites que debe realizar con la ISAPRE o FONASA para liquidar su cuenta.
- Administradora muestra habitación e implementación a paciente o representante si lo desea.

5. Tabla de Operaciones

- Admisora prepara tabla de Operaciones y confirma los respaldos entregados por paciente o representante.
- Admisora informa a Administradora pacientes que no tienen respaldos.
- Administradora o Admisora toman contacto con paciente para confirmar la intervención.

En casos de no lograr contacto telefónico u otro medio de contacto, el paciente sin respaldo no podrá ingresar a la tabla de operaciones siendo la Admisora o Administradora de Pensionado quien debe informar al Médico Tratante.

- Admisora genera en sistema ingresos hospitalarios de los pacientes programados y solicita Fichas Clínicas.
- Admisora entrega personalmente y/o por correo electrónico solicitudes de Pabellón a Secretaria de Pabellón.
- Admisora retira Fichas Clínicas de Archivo de SOME y adjunta copia de respaldo y declaración del paciente a cada una.
- Admisora adjunta Ficha Clínica a carpeta del paciente ubicada en la estación de enfermería.

6. Egreso Hospitalario del Paciente

- Médico Tratante autoriza el alta médica del paciente y llena la epicrisis la cual debe adjuntar a la Ficha Clínica.

- Admisora retira de la estación de enfermería Ficha Clínica del paciente y debe confirmar si esta toda la información de lo contrario debe entregarla a Enfermera Supervisora o de Turno para dar cumplimiento a lo señalado en el punto anterior.
- Admisora ordena Ficha Clínica y realiza el alta médica en el sistema y la entrega mediante nómina al GRD.
- Admisora retira Ficha Clínica del GRD al día siguiente.

Admisora tiene un plazo de 5 días hábiles desde el alta de paciente para entregar la Ficha Clínica a Valorizador.

- Valorizador de Cuentas realiza un resumen de la Ficha Clínica.
- Valorizador de Cuentas ingresa las prestaciones realizadas al sistema Orden.
- Valorizador de Cuentas confecciona bitácoras de medicamentos e insumos, de Pabellón si hubo intervención, Sala y Fuera del Arsenal y las ingresa al sistema Orden, todo lo anterior conforme a las recetas y Pixys de Farmacia y Pabellón.
- Valorizador de Cuentas entrega según nómina programas médicos a Administradora.
- Administradora revisa programas médicos con aranceles correspondientes y sumas parciales y totales, en casos de encontrar errores debe devolver programa a valorizador de Cuentas para su modificación.

7. Tramitación de programas médicos.

- Administradora adjunta a seguimientos una copia de programa médico.
- Administradora registra en nóminas de control programas médicos para tramitación y gestión de cobro.
- Administradora entrega programas médicos a pacientes o representantes legal o los envía por nómina a las distintas Entidades de Salud, para su tramitación.

8. Liquidación de programas médicos.

- Administradora recibe bonos y en caso de copagos, recibe pago o pacta cuotas con el paciente o representante legal
- Administradora actualiza nóminas de control
- Administradora archiva cuentas para su posterior liquidación en Sistema
- Administradora legaja cuentas con N° de Folio.

IV. DE LOS PROFESIONALES QUE PRESTAN ATENCIONES A PACIENTES PRIVADOS EN EL HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES

Como se detalla en el N° III, del presente documento, los profesionales médicos tienen una injerencia muy relevante en la atención a pacientes privados dentro del Hospital, la cual nace desde la solicitud de ingresos del paciente hasta su alta definitiva y cobro de prestaciones otorgadas, la cual se regula como se detalla:

1. **Profesionales que pueden prestar sus servicios a pacientes privados en el Hospital Clínico de Magallanes.**

Podrán prestar sus servicios en el Hospital los profesionales que cuenten con convenio vigente con el establecimiento, el cual deberá cumplir con los requisitos detallados en la Norma Administrativa N° 2 del año 2010, específicamente en su acápite IV.

Al respecto serán los Jefes de los Servicios Clínicos donde se otorguen las prestaciones los responsables del ingreso de los profesionales de salud para la atención de sus pacientes particulares.

Para lo anterior, el Departamento de Ventas de Servicios, remitirá a dichos servicios, la nómina de Profesionales en Convenio, y su actualización a lo menos una vez por semestre.

2. **Confeción y Formato de Contrato**

Conforme al N° IV de la Norma Administrativa N° 2 del año 2010, para la confección de contratos con profesionales de la salud se debe considerar lo siguiente:

- 2.1 El Establecimiento podrá celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales ó 28 horas ley N° 15.076, cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el Establecimiento. Por resolución fundada, se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud correspondiente.
- 2.2 Siempre que el Establecimiento celebre convenios para la atención de pacientes particulares con profesionales de la salud que no sean funcionarios de dependencia de éste, deberá requerirles una declaración jurada simple, en la que el profesional exprese si posee contratos vigentes con organismos integrantes del Sistema Nacional de Servicios de Salud o con cualquier otro organismo de la Administración del Estado, en calidad de titular, contrata, honorario asimilado a grado, honorario a suma alzada o Código del Trabajo. De ser así, el profesional deberá consignar, además, la Institución o Instituciones para las cuales presta servicios y el o los horarios específicos en que los desarrolla. Dicha declaración, deberá actualizarse cada 2 años y cada vez que ocurra un hecho relevante que la modifique.
- 2.3 La atención de pacientes particulares de los profesionales autorizados, sólo podrá realizarse en horas distintas a las establecidas en su contrato. En casos de urgencia o emergencia calificada, el Director del Establecimiento podrá autorizar, por escrito y dentro de las 72 horas hábiles siguientes a la atención, excepciones a esta norma.

- 2.4 En estos últimos casos, el profesional funcionario deberá reponer el tiempo empleado en la atención de sus pacientes consignándose en el documento de autorización el tiempo que corresponda devolver, la fecha en que ello se hará efectivo y las labores específicas que cumplirá en este lapso. El reintegro de tiempo empleado deberá hacerse efectivo dentro de un período máximo de sesenta días hábiles.
- 2.5 Los profesionales, para el caso de prestaciones relacionadas con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, de beneficiarios o afiliados a Isapres, deberán estar inscritos en la Superintendencia de Salud y sujetos a las normas de certificación que correspondan. Además, la atención de dichos pacientes deberá efectuarse fuera de su horario institucional, salvo en situaciones de emergencia o urgencia.
- 2.6 Para el otorgamiento de prestaciones relacionadas con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud y otras destinadas a reducir las listas de espera, a beneficiarios del FONASA, será necesario que los profesionales mantengan vigente un convenio especial para ello. Estas prestaciones deberán verificarse bajo el sistema de atención de pacientes particulares, y sin que ello signifique en ningún caso menoscabo en la atención de los demás pacientes beneficiarios ni la renuncia por parte de los pacientes derivados por el FONASA al profesional, a los beneficios y derechos que les corresponden por ley. Además, la atención de dichos pacientes deberá efectuarse fuera de su horario institucional, salvo en situaciones de emergencia o urgencia.
- 2.7 Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente entre los profesionales que los suscriban, y deberán ajustarse a la presente Norma General Administrativa y a las instrucciones que al efecto impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda.
- 2.8 El convenio con el profesional señalará expresamente, a lo menos:
- a. el horario de atención;
 - b. la devolución horaria en caso de emergencias, si corresponde;
 - c. los procedimientos administrativos para ingreso, ficha clínica y egreso, tanto en atenciones cerradas como abiertas;
 - d. los procedimientos administrativos para cambio de modalidad de atención, conforme a lo señalado en el párrafo II, número 8.2, de esta norma.
 - e. las dependencias, lugares y elementos que podrá emplear y aquellos que están excluidos;
 - f. las unidades del Establecimiento a las cuales podrá derivar pacientes para procedimientos diagnósticos o terapéuticos;
 - g. la forma y el monto de los derechos por el uso de equipos e infraestructura en el caso de atención ambulatoria en procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos;
 - h. la forma y monto de los honorarios que percibirá por las prestaciones o acciones de salud que otorgue;
 - i. la obligación del profesional de cumplir las normas internas del Establecimiento;
 - j. el mecanismo de fijación de aranceles y cobranzas, que en todo caso, dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento;
 - k. la facultad del Establecimiento de poner término al convenio sin expresión de causa con un aviso previo de un mes a lo menos;

- l. que el profesional será responsable de los daños y perjuicios que se produzcan como consecuencia de las prestaciones o acciones de salud que otorgue, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento;
 - m. En general, todas las demás obligaciones y derechos que sea necesario consignar para resguardar los intereses y bienes del Establecimiento, la atención de los beneficiarios legales y el cumplimiento de las obligaciones funcionarias por parte del profesional, cuando corresponda.
- 2.9 Siempre se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de las prestaciones o acciones de salud que se realicen en el marco de estos convenios, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento.
 - 2.10 En los casos en que el Establecimiento, para el otorgamiento de las prestaciones o acciones de salud a pacientes particulares, requiera de los servicios profesionales o técnicos de sus funcionarios fuera de su jornada laboral, podrá pactar con ellos, en el correspondiente convenio, que el precio de sus servicios sea un porcentaje del valor de la prestación o acción de salud otorgada por el Establecimiento.
 - 2.11 Para efectos de los cobros de honorarios por parte de los profesionales, se podrán extender boletas a nombre de sociedades de personas en los que ellos sean socios, siempre que se firme un convenio especial para el efecto y se asegure que las atenciones han sido efectuadas sólo por profesionales con convenio vigente y ellos sean a su vez socios de dichas sociedades.
 - 2.12 Estos convenios podrán ser celebrados con profesionales médicos y no médicos y además, podrán participar de ellos técnicos paramédicos que cumplan funciones de arsenalería en pabellones quirúrgicos.
 - 2.13 En todos los convenios se deberá consignar la facultad de ponerles término en cualquier tiempo dando aviso previo con al menos un mes de anticipación.

Los Profesionales que requieran atender sus pacientes privados en el Hospital, deberán requerir el convenio correspondiente al Departamento de Ventas de Servicios, donde se confeccionará conforme a lo indicado en los puntos anteriores y al formato que se detalla en **Anexo N°1 “CONVENIO DE ATENCIÓN DE PACIENTES PARTICULARES POR PROFESIONAL MÉDICO”**, para lo cual deberán presentar la siguiente documentación:

- Certificado de Título y de Especialidad
- Deben estar inscrito en la Superintendencia de Salud
- Fotocopia de Carnet de identidad por ambos lados
- Declaración Jurada simple en caso que no sean funcionarios

Cuando el Profesional requirente de convenio sea funcionario, la Subdirección de Gestión de las Personas, deberá emitir el Anexo de Contrato del Anexo N° 1, estableciendo la jornada de trabajo del funcionario.

Una vez autorizado y ratificado el convenio por el Director de Servicio de Salud o Director del Hospital, según corresponda, conforme al numeral IV, 2.1 anterior, este será remitido a la Subdirección de Gestión de las Personas, quienes emitirán la Resolución de Aprobación Correspondiente.

3. De las obligaciones y responsabilidades de los profesionales que atiendan pacientes privados en el Hospital.

Siendo siempre la obligación principal para realizar una actividad en un Servicio Público y el uso de sus recursos físicos y humanos, el contar con la debida autorización de una autoridad competente, se establece a través del presente documento que dicha autorización solo se establece a través del convenio detallado en el punto anterior, el cual establece las siguientes obligaciones:

- a. Que, se compromete a utilizar las dependencias y elementos que se le proporcionan para el ejercicio privado y legítimo de su profesión, y a usarlos con la debida diligencia y cuidado. En consecuencia, previa investigación, deberá reembolsar a “el Hospital” el valor íntegro de las reparaciones o reposiciones que el establecimiento deba hacer en caso de daños o pérdidas ocurridas que sean responsabilidad del profesional o de los integrantes de su equipo colaborador.
- b. Que, en el ejercicio de su práctica privada en las dependencias del Hospital, “el Profesional” se compromete a observar las normas y procedimientos internos que éste disponga para el tratamiento de pacientes, uso de las dependencias, empleo de material, etc. Asimismo, los pacientes particulares atendidos en virtud del presente convenio, deberán respetar las normas internas del Establecimiento, tales como procedimientos de sugerencias o reclamos, horarios de atención y de visita, consentimientos, etc.
- c. Que, en caso que el Profesional deba pagar sumas de dinero al Hospital, la Unidad de Contabilidad emitirá la factura correspondiente, dentro del mes siguiente al que se realicen las prestaciones, pago que deberá efectuar el Profesional dentro de un plazo no superior a treinta días corridos contados desde la fecha de recepción de la factura. En caso de mora, el Hospital se reserva el derecho de aplicar una multa del 2% sobre el valor facturado por cada día de atraso en el pago de la factura.
- d. Que, se obliga a dar cabal cumplimiento a las normas que regulan el presente convenio y las que se encuentren contenidas en el Decreto 140 que fijó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y en la Resolución N° 368 del 12 de Febrero de 2010 del Ministerio de Salud, que aprueba el nuevo texto de la Norma General Administrativa N° 2 sobre Atención de Pacientes Particulares.
- e. Que, se obliga a efectuar las atenciones de los pacientes privados fuera del horario contratado con el establecimiento, el cual consta en anexo del convenio, de la Subdirectora Gestión y Desarrollo de las personas de "El Hospital". Lo anterior sólo podrán exceptuarse de esta restricción las urgencias o emergencias médicas calificadas, en cuyo caso el profesional podrá prestar atenciones dentro de su jornada laboral, lo que deberá ser informado a la Dirección del establecimiento dentro de las 72 horas hábiles siguientes a la atención, a fin de emitir la autorización correspondiente, la que contendrá el número de horas que deberán ser repuestas, la fecha en que deberá hacerlo, y las labores específicas que “el Profesional” cumplirá en dicho lapso. El reintegro de tiempo empleado deberá hacerse efectivo dentro de un periodo máximo de sesenta días hábiles. Ello en conformidad con lo dispuesto en el acápite IV N° 3 y 4

de la Norma General Administrativa N° 2 Sobre Atención de Pacientes Particulares, Resolución Exenta N° 368, de 12 de febrero de 2010.

El incumplimiento de lo indicado anteriormente, significará el término del convenio y consecuentemente la inhabilidad para atender pacientes privados en el Hospital.

4. De la cartera de servicios del Hospital y los Profesionales en Convenio.

La cartera de Servicios del Hospital a pacientes privados, corresponde a las prestaciones detalladas y valorizadas en su Arancel Particular, aprobado por Resolución Exenta N° 2579 de fecha 21.04.2015. Debiendo los profesionales en convenio enmarcarse dentro de ellas conforme a su especialidad. De proponer algún profesional prestaciones distintas a las establecidas, estas deberán ser valorizadas y aprobadas por la Dirección del Hospital, a través de Resolución Exenta, ingresándose al arancel de prestaciones particulares y con ello pasando a formar parte de la cartera de servicios del Hospital, el que se adjunta en Anexo N° 2.

5. Del cobro de las prestaciones.

Los honorarios por las actuaciones del profesional y las de su equipo médico serán acordados directamente entre “el Profesional” y su paciente, sin intervención alguna del Hospital.

El Profesional podrá cobrar exclusivamente los procedimientos, intervenciones y visitas médicas. El Profesional establecerá libremente sus aranceles con su paciente como se indica en párrafo anterior y efectuará su servicio de cobranza a través de la empresa que designe al momento de la firma del convenio correspondiente o directamente.

Los gastos derivados de la hospitalización, días-cama, uso de pabellones, salas de procedimiento, exámenes, medicamentos, insumos y demás servicios utilizados por el paciente, serán cobrados por “el Hospital” a estos en persona o a sus tutores de acuerdo al Arancel particular que le corresponda según su previsión. El Hospital podrá modificar sus aranceles anualmente y para efectos de cobros a los pacientes, otorgará un presupuesto previo, conforme a indicación del Médico Tratante, valorizando y cobrando las prestaciones conforme a lo que efectivamente informe como realizado el Profesional, teniendo el Hospital en todo momento la prioridad en el pago de las prestaciones, conforme a la Norma General Administrativa N° 2, Título IV, inciso 8, letra j)

En los casos que el paciente libre y voluntariamente decida cambiar de condición de paciente libre elección a paciente institucional, éste deberá ser realizado en conformidad a lo establecido en las correspondientes normas técnico administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N° 1 de 2005, en la modalidad de libre elección, las que se entienden incorporadas al convenio que se suscriba.

En los casos de prestaciones, que por requerimiento de los seguros de los pacientes u otro circunstancia que así lo obligue, como son las prestaciones GES o CAEC de las ISAPRES, u otros que se paqueticen en común acuerdo entre el Hospital y los Profesionales, como son las prestaciones PAD FONASA, el Hospital cobrará la prestación total cancelando posteriormente la porción acordada y formalizada por resolución, al Profesional o a quien este designe.

6. **Del horario de ejecución de las prestaciones otorgadas a pacientes privados.**

Por la dinámica del Hospital y los requerimientos de los pacientes, se establece que las prestaciones podrán ser realizadas en toda jornada que sea fuera del horario contratado con el establecimiento, el cual consta en el convenio correspondiente, y que se encuentra debidamente visado por la Subdirectora Gestión y Desarrollo de las personas de "El Hospital". Al respecto podrán exceptuarse de esta restricción las **urgencias o emergencias médicas calificadas**, en cuyo caso el profesional podrá prestar atenciones dentro de su jornada laboral, lo que deberá ser informado a la Dirección del establecimiento dentro de las 72 horas hábiles siguientes a la atención, a fin de emitir la autorización correspondiente, la que contendrá el número de horas que deberán ser repuestas, la fecha en que deberá hacerlo, y las labores específicas que "el Profesional" cumplirá en dicho lapso. El reintegro de tiempo empleado deberá hacerse efectivo dentro de un periodo máximo de sesenta días hábiles. Ello en conformidad con lo dispuesto en el acápite IV N° 3 y 4 de la Norma General Administrativa N° 2 Sobre Atención de Pacientes Particulares, Resolución Exenta N° 368, de 12 de febrero de 2010.

7. **De las Dependencias disponibles para la atención a pacientes privados.**

Para la atención de pacientes privados el Hospital permitirá principalmente el uso de las dependencias del servicio de Pensionado y Pabellón, como así también el equipamiento completo de que disponga el Hospital, y la Unidades de Apoyo de Imagenología, Kinesiología, Laboratorio, Radioterapia y Oncología, Oftalmología, Anatomía Patológica, Diálisis, Cardiología y Hemodinamia, y CAE Procedimientos, siempre que las dependencias requeridas se encuentren disponibles, y siempre sin afectar a la atención de pacientes Institucionales. Igualmente, se le facilitará el uso del instrumental y elementos de que disponga el Establecimiento y que sean necesarios para atender su especialidad, sujeto siempre a la condición de existir disponibilidad. Las dependencias, lugares y elementos que están excluidos; son: Las dependencias de sala del Servicio de Cirugía y Medicina. En cambio, tanto el Servicio de Maternidad como Pediatría, podrán ser utilizados sólo en casos que por la complejidad del paciente no sea conveniente su hospitalización en el Servicio de Pensionado, como así también el servicio de Paciente Crítico (UCI-UTI), lo cual deberá ser acreditado técnicamente por el Profesional.

8. **Formas de derivación para procedimientos a unidades de apoyo que forman parte de la cartera de servicios**

Para acceder a procedimientos y unidades de apoyo el profesional deberá emitir la respectiva orden dejando registro en la Ficha Clínica del paciente. En caso de requerir servicios de apoyo en procedimientos quirúrgicos programado, el profesional deberá requerir junto con la solicitud de pabellón el servicio requerido. Sólo aquellos procedimientos calificados de urgencia que por motivos clínicos, podrán ser utilizados dentro del horario de atención de beneficiarios legales.

9. **Generalidades.**

9.1 Para el caso de cambio de condición de paciente libre elección a institucional, éste deberá ser realizado en conformidad a lo establecido en las correspondientes normas técnico administrativas para la aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL N°1, en la modalidad de libre elección.

- 9.2 Respecto a los establecido en el numeral 8.3 de la Norma Administrativa N° 2 del 12/02/2010, referente a los procedimientos administrativos involucrados en la atención a pacientes privados, estos se establecen y definen en el presente manual y el documento “Procedimientos Administrativos Servicios de Pensionado” (PASP), aprobado por Resolución Exenta N° 6381 del 08/09/2014, como se detalla:
- 9.2.1 Sistemas Administrativos para Ingreso y Admisión, estos se encuentran descritos en el numeral 1. Ingreso de Pacientes al Servicios de Pensionado, del PASP.
 - 9.2.2 Documentación clínica y administrativa; Serán documentos válidos para la atención de pacientes privados los que se señalan en las diferentes etapas descritas en los manuales antes indicados como se detallan:
 - 9.2.2.1 Ficha Clínica
 - 9.2.2.2 Hoja de Enfermería
 - 9.2.2.3 Solicitud de Pabellón
 - 9.2.2.4 Protocolo Operatorio
 - 9.2.2.5 Orden de Atención Médico Tratante
 - 9.2.2.6 Presupuesto a Paciente
 - 9.2.2.7 Programa Médico
 - 9.2.2.8 Declaración de Paciente para Confirmar Previsión
 - 9.2.2.9 Epicrisis
 - 9.2.2.10 Bitácoras de Medicamentos e Insumos
 - 9.2.2.11 Convenios de Atención a Pacientes Particulares por Profesional Médico
 - 9.2.3 Modalidad de Recaudación, estas se encuentran descritos en los numerales 6 Egreso Hospitalario, 7 Tramitación de Programas Médicos y 8 Liquidación de Programas Médicos, del PASP, y en el numeral 5 “Del cobro de prestaciones” del acápite IV del presente manual.
 - 9.2.4 Formas de derivación para procedimientos, estos se encuentran descritos en el numeral 1.3 traslado Intrahospitalario y 1.4 Paciente derivado a consulta Particular o Institucional, del PASP, y en el numeral 8 “Forma de derivación para procedimientos a Unidades de apoyo forman parte de la cartera de servicios” del acápite IV del presente manual
 - 9.2.5 Unidades de apoyo que formen parte de la cartera de servicios, estos se encuentran descritas en el numeral 7 “De las Dependencias disponibles para la atención a pacientes privados” del acápite IV del presente manual.
 - 9.2.6 Los sistemas de control y de compensación al Establecimiento por aquellas dependencias o recursos humanos que por motivos clínicos sean utilizadas dentro del horario de atención de beneficiarios legales, estos se encuentran descritas en el numeral 6 “Del horario de ejecución de las prestaciones otorgadas a pacientes privados” del acápite IV del presente manual.