



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
SPJ/mmh.

CIRCULAR N° A 15/ 02 /


SANTIAGO, 17 FEB. 2010

**REMITE NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N° 2 SOBRE
ATENCIÓN DE PACIENTES PARTICULARES**

Para su conocimiento, aplicación y difusión, adjunto nuevo texto de la Norma General Administrativa N° 2, sobre Atención de Pacientes Particulares, aprobada por Resolución Exenta N° 368 de 12 de febrero de 2010.

Saluda atentamente a Ud.,

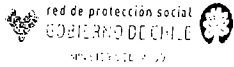
POR ORDEN DEL SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES.-


SEBASTIAN PAVLOVIC JELDRES
JEFE DPTO. ASESORIA JURÍDICA

DISTRIBUCIÓN:

- Directores Servicios de Salud del país
 - Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
 - Gabinete Ministro de Salud
 - Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
 - Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
 - Divisiones y Dptos. del Ministerio de Salud
 - Dpto. Asesoría Jurídica
 - Oficina de Partes
-

PROTEGE



SUBSECRETARIA REDES
ASISTENCIALES
DPTO. ASESORIA JURÍDICA
SPJ/HLC

00325 12.02.10

APRUEBA NUEVO TEXTO NORMA
GENERAL ADMINISTRATIVA N° 2
SOBRE ATENCIÓN DE PACIENTES
PARTICULARES.

EXENTA N° 368

SANTIAGO, 12 FEB. 2010

VISTO: lo establecido en los artículos 4°, 21 y 23 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; lo dispuesto en los artículos 8° y 46 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, aprobado por decreto N° 140, de 2004, del Ministerio de Salud; lo señalado en la resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente

CONSIDERANDO:

- Que la resolución exenta N° 550, de 13 de octubre de 1992, del Ministerio de Salud, en su N° 1° aprobó el nuevo texto de la "Norma General Administrativa N° 2, sobre atención de pacientes particulares de profesionales en los establecimientos de los Servicios de Salud";

- Que atendido su largo periodo de vigencia es necesario actualizar su normativa a las nuevas realidades, especialmente al proceso de Reforma a la Salud;

-Que con el objeto de facilitar la aplicación práctica se ha optado por reemplazar el texto completo de la referida norma, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.-APRUEBASE el nuevo texto de la "Norma General Administrativa N° 2, de Atención a Pacientes Particulares en Establecimientos Asistenciales Públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud", el que se entiende forma parte integrante de esta resolución.

2°.- El Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio mantendrá en su poder el original de dicha normativa, debidamente visada por el señor Subsecretario de Redes Asistenciales, en cada una de las nueve páginas que la integran.

3°.- REMITASE fotocopia del nuevo texto de la Norma General Administrativa N° 2 a todos los Servicios de Salud y a los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud del país.

4°.- DERÓGASE la resolución exenta N° 550, de 13 de octubre de 1992, de esta Secretaría de Estado y sus modificaciones posteriores.

5°.- La presente resolución entrará en vigencia el día 1° de marzo de 2010.



ANOTESE Y COMUNIQUESE

DR. JULIO MONTT VIDAL
MINISTRO DE SALUD (S)

DISRIBUCION:

- Gabinete Ministro de Salud
- Gabinete Subsecretario de Redes Asistenciales
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- División de Gestión de la Red Asistencial
- División de Presupuesto e Inversiones
- Departamento Asesoría Jurídica
- Oficina de Partes

NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA DE ATENCIÓN A PACIENTES PARTICULARES EN ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES PÚBLICOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

I. Objetivo

La presente 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, en adelante "los Establecimientos", 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.

II. Normas Generales

1. El otorgamiento de las prestaciones y acciones de salud en cumplimiento de los convenios regulados en esta norma, en ningún caso podrá significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento y los profesionales de la salud deben prestar a los beneficiarios legales; o detrimento o perjuicio al patrimonio y/o bienes públicos.
2. El Establecimiento deberá resguardar los bienes públicos, velando por el uso correcto de la infraestructura y equipamiento, y por la existencia de un sistema de recuperación efectivo de los gastos fijos o variables en que el Establecimiento incurra con ocasión del otorgamiento de las prestaciones.
3. El Establecimiento deberá velar especialmente por deslindar las responsabilidades por eventuales eventos adversos que se generen con ocasión del otorgamiento de las prestaciones y acciones de salud por parte de los profesionales de la salud que atiendan a sus pacientes particulares en el Establecimiento.
4. Para los efectos de la aplicación de estas normas se considerarán pacientes particulares del Establecimiento tanto aquellos atendidos por el Establecimiento, sea o no en virtud de los convenios celebrados con las instituciones a que se refiere el párrafo III, como aquellos atendidos en el Establecimiento, por los profesionales de la salud con convenio vigente, a que se refiere el párrafo IV. Se distinguen entre ellos a los pacientes electivos, es decir que han optado por atenderse en el establecimiento, y cuya atención se efectuará al amparo de los convenios mencionados en el numeral 10 de esta Normativa; de aquellos cuya atención proviene de la atención de urgencia o emergencia, los que serán considerados pacientes institucionales del Establecimiento.

5. El Establecimiento podrá desarrollar o destinar dependencias, instalaciones y equipos para el otorgamiento de prestaciones o acciones de salud establecidos en los convenios regulados en esta norma, siempre y cuando ello no vaya en postergación o menoscabo de la atención que debe prestar a sus beneficiarios legales. La hospitalización de pacientes, deberá realizarse en un área de pensionado, salvo los casos de urgencia, cuidados intensivos o aquellos señalados en el artículo 189 letra h) incisos tercero y cuarto del Libro III del DFL N°1.
6. Para el caso que el Establecimiento haga uso de la facultad establecida en el numeral precedente, la cantidad o número de camas de Pensionado no podrá ser superior al quince por ciento de la dotación total de camas del Establecimiento.
7. El Establecimiento podrá administrar directamente las prestaciones o acciones de salud a pacientes particulares, o encargar dicha administración a terceros de acuerdo a lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud.
8. El Establecimiento deberá tener un "Manual de Normas y Procedimientos" con relación a la prestación de servicios o atención a pacientes particulares, donde se regularán, a lo menos, los siguientes aspectos:
 - 8.1. Convenios con profesionales titulares y contratados por el establecimiento para actividades habituales (listado de profesionales en convenio y convenio tipo).
 - 8.2. 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.
 - 8.3. Todos los procedimientos administrativos involucrados, tales como, sistemas administrativos para ingreso y admisión, documentación clínica y administrativa, modalidad de recaudación, formas de derivación para procedimientos y unidades de apoyo que formen parte de la cartera de servicios; y 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.
 - 8.4. Listado de prestaciones ambulatorias y cerradas ofrecidas a pacientes particulares con sus horarios disponibles y dependencias que serán utilizadas al efecto.
8. Los ingresos que el Establecimiento obtenga por la atención de pacientes particulares serán considerados como ingresos propios del Establecimiento.

III. De las prestaciones y acciones de salud que otorgue el

Establecimiento a pacientes particulares institucionales.

1. El Establecimiento podrá celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de otorgar prestaciones y acciones de salud, precisando dichas acciones o prestaciones de salud y los precios y modalidades de pago, prepago y cobranza que se acuerden.
2. El convenio deberá explicitar el mecanismo mediante el cual el Establecimiento reconocerá a los beneficiarios de la entidad que ha suscrito el convenio.
3. El Establecimiento podrá otorgar las prestaciones y acciones de salud convenidas sólo en dependencias del Pensionado, salvo los casos de emergencia o urgencia debidamente calificados.
4. Asimismo, la atención a pacientes beneficiarios del Libro III del DFL N° 1 en situaciones distintas a los casos de urgencia, cuidados intensivos o aquellos señalados en el artículo 189 letra h) incisos tercero y cuarto de dicho DFL, podrá realizarse siempre que exista previamente un convenio entre el Establecimiento y la Isapre respectiva. Lo anterior no obstará al otorgamiento de prestaciones en forma privada a pacientes que, siendo beneficiarios del sistema privado, su institución no tenga convenio con el Establecimiento.
5. En el convenio, el Establecimiento deberá pactar las dependencias, instalaciones y equipos destinados a la realización de las prestaciones o acciones de salud convenidas. Se deberá señalar expresamente los horarios y forma en que se procederá a utilizar las dependencias o equipos, con el objeto de asegurar que no se afectará la atención preferencial de los pacientes beneficiarios del Libro II del DFL N° 1, en la modalidad atención institucional. Los convenios con las Isapres estarán sujetos a lo dispuesto en los artículos 173 y 189 del Libro III del citado DFL, en relación con el uso de recursos del Establecimiento.
6. El Establecimiento señalará en el convenio el procedimiento, responsables y plazos en que se ejecutará el proceso de cobranza. También se establecerá el régimen de multas e intereses por incumplimiento de dichos plazos, los cuales deberán ajustarse a lo establecido en la normativa legal vigente en la materia. En el convenio deberá, asimismo, señalarse el mecanismo mediante el cual la entidad celebrante, garantizará el pago al Establecimiento de las acciones o prestaciones de salud realizadas. Asimismo, tratándose de pacientes particulares individuales, estos deberán garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que se generan con el Establecimiento por la realización de las acciones o prestaciones de salud de que sean objeto.
7. El convenio deberá señalar que los pacientes atendidos en virtud de éste, deberán respetar las normas internas del Establecimiento, tales como procedimientos para efectuar sugerencias o reclamos, horarios de atención, visitas, consentimiento informado, etc.
8. 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.

IV. De los Convenios celebrados por los Establecimientos con profesionales de la salud para atención de pacientes particulares de éstos.

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. 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.
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.
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.
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.
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.

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.
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.

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.
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.
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.
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.
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.

V. De los Convenios del Establecimiento para el otorgamiento de las garantías explícitas del Régimen General de Garantías en Salud (GES) a pacientes derivados desde el FONASA y las ISAPRE

1. Para prestar atenciones relacionadas con Garantías Explícitas del Régimen general de Garantías en Salud, tanto a personas del FONASA como ISAPRE, el Establecimiento deberá estar inscrito como prestador en la Superintendencia de Salud y ser acreditado en la forma que el reglamento correspondiente así lo determine.
2. El Establecimiento podrá celebrar convenios con las entidades que estime conveniente para otorgar prestaciones o acciones de salud con Garantías, fuera del horario, siempre y cuando haya cumplido con las acciones de salud GES pactadas con FONASA para la patología de que se trate. Para estos efectos, se entenderá que ha dado cumplimiento a la ejecución de las acciones pactadas si se ajusta a la proporción correspondiente al mes en que se realice la prestación del referido convenio.
3. En el caso de los convenios celebrados con FONASA para el otorgamiento de prestaciones con Garantías, los precios que se convendrán serán los aranceles que el FONASA determine para compra de prestaciones del Régimen de Garantías.

4. En caso que aún cuando el establecimiento dé cumplimiento a los convenios para el otorgamiento de las prestaciones asociadas a las GES, el FONASA deba satisfacer sus necesidades celebrando convenios con profesionales de la salud en los términos indicados en el N° 6 del párrafo IV de esta norma, el Establecimiento deberá velar que el cumplimiento de sus convenios con el FONASA y el Servicio, y que la atención de sus pacientes beneficiarios no se vea afectada o menoscabada. Para estos efectos y de acuerdo a lo establecido en el punto 3 precedente, los precios que se convendrán serán los aranceles que el FONASA determine para compra de prestaciones del Régimen de Garantías.

Las auditorías indicadas en el párrafo VIII de esta norma deberán indicar especialmente el cumplimiento de las metas de producción del establecimiento e informar acerca de los niveles de producción de los profesionales que otorguen prestaciones asociadas a las GES al alero de los convenios con el FONASA.

VI. Procedimientos administrativos

1. Mediante resolución dictada por el Director del Establecimiento se determinará las dependencias y horarios habilitados para la atención de pacientes particulares; y se aprobará un Manual de Procedimientos para todos los procesos administrativos relacionados con el otorgamiento de prestaciones o acciones de salud, tales como procedimientos de ingreso, egreso, recaudación, etc.
2. El Establecimiento contará con un sistema para controlar los gastos que le represente la atención otorgada a los pacientes particulares atendidos por los profesionales de la salud en virtud de estos convenios. En el plazo máximo de 15 días hábiles del egreso, o de efectuada la prestación, deberá estar disponible para el paciente y la entidad, si corresponde, el listado de gastos con sus respectivos precios según el Arancel y los precios convenidos.
3. Todo paciente particular que requiera atención deberá ingresar a través de la sección de admisión a pacientes que corresponda de acuerdo a los procedimientos internos del Establecimiento.
4. Para hacer efectivo el ingreso, el paciente deberá presentar una orden escrita emitida por el profesional tratante, en la cual conste claramente la individualización del profesional y del paciente, y el diagnóstico y motivo de ingreso. Este documento deberá incorporarse a la respectiva ficha clínica.
5. Asimismo, el paciente deberá presentar un documento de respaldo para el pago de las prestaciones que se efectúen, emitido por la entidad en convenio, la cual deberá individualizar al paciente.
6. El paciente al ingresar al Establecimiento, deberá declarar por escrito que conoce y acepta los aranceles y precios acordados, en su caso; y que está informado que la responsabilidad por las prestaciones y acciones de salud que se le otorguen es del profesional de la salud tratante, con excepción de los

A

perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento.

7. Además, el paciente o su representante legal deberá otorgar su Consentimiento Informado, para lo cual deberá, en aquellos casos en que por su carácter invasivo, o por los riesgos o complicaciones asociadas, lo ameriten, firmar una declaración escrita en la que se señale que está informado de los riesgos que involucra el procedimiento o prestación que se les efectuarán y que autoriza expresamente su realización.
8. Los gastos en medicamentos, insumos, elementos y materiales que eventualmente no estén comprendidos en el convenio, se cobrarán directamente al paciente al precio del arancel del Establecimiento. Para tal efecto los pacientes deberán estar advertidos previamente de dicha eventualidad.
9. Las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1, a través de la Modalidad de Libre Elección, se reglarán en lo pertinente por las normas técnico administrativas aplicables y vigentes para dicha Modalidad.
10. Finalmente, en el caso de pacientes beneficiarios del FONASA, se deberá firmar, además, un documento en el que se explicita que se renuncia la Modalidad Institucional y se acepta el tratamiento en Modalidad de Libre Elección. Esta renuncia nunca tendrá el carácter de permanente y siempre la persona podrá volver a optar por ser atendida en Modalidad Institucional.

VII. De los precios y aranceles

1. Los precios que se acuerden para el otorgamiento de las prestaciones y acciones de salud deberán estar basados en el Arancel Para Atención de Pacientes Particulares del Establecimiento, el que se fijará al menos anualmente por resolución exenta del Director del Establecimiento y no podrán ser inferiores al Arancel del Libro II del DFL N° 1, en la modalidad de atención institucional.
2. Dicho Arancel, será remitido anualmente al Director del Servicio de Salud respectivo para su conocimiento, junto a la propuesta de presupuesto del Establecimiento. El Director del Servicio podrá hacer observaciones a dicho Arancel, ante lo cual el Director del Establecimiento deberá presentar sus justificaciones o correcciones fundadas dentro del plazo de 15 días hábiles de recibidas.
3. El Arancel, en lo que respecta a la atención cerrada, deberá considerar precios para días-cama de hospitalización con diferentes tarifas según el nivel de privacidad: sala individual, salas compartidas dobles o triples; además deberá incluir derechos de pabellón según las diferentes categorías establecidas al efecto y el valor de las prestaciones de exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica y las demás prestaciones consideradas en el arancel FONASA que correspondan.
4. El Arancel para Atención de Pacientes Particulares del Establecimiento será de público conocimiento y estará debidamente expuesto para conocimiento de los

usuarios.

5. Los precios que se acuerden en los convenios a que hace referencia el párrafo II de esta norma, no podrán ser inferiores a los establecidos en el Arancel del Libro II del DFL N° 1, Modalidad de Atención Institucional. Para acordar precios distintos de los establecidos en su Arancel para Atención de Pacientes Particulares, el Establecimiento deberá dejar constancia de sus fundamentos en la resolución aprobatoria del respectivo convenio. Dichos precios en ningún caso podrán ser inferiores a los costos medios de las respectivas prestaciones o acciones de salud que otorga el Establecimiento, en cuyo cálculo deberá incluirse los costos fijos, costos variables y amortizaciones de bienes de capital (inmuebles, equipos, instrumental, etc.).

VIII. De la auditoría en la atención de privados

1. El Director del Establecimiento es el responsable directo del cumplimiento de esta normativa. Sin perjuicio de ello, deberá encargar a una unidad de auditoría interna –o en su defecto contratar los servicios de acuerdo a la normativa vigente- para que se efectúen funciones de supervisión y control del cumplimiento de estas normas, así como del resguardo de la atención preferente de los beneficiarios del Libro II del DFL N° 1.
2. De acuerdo a lo anterior, el Establecimiento deberá realizar la función de auditoría de acuerdo a las políticas que dicte el Servicio y el Ministerio de Salud. y conforme a las normas técnicas existentes sobre la materia.
3. Al menos una vez al año –sin perjuicio de la supervisión permanente y los respectivos controles jerárquicos- se deberá realizar una auditoría, la que al menos deberá comprender la evaluación del cumplimiento de los convenios con las personas naturales y jurídicas y con los profesionales de la salud; y la existencia, actualización y cumplimiento de los manuales de procedimiento que el Establecimiento tenga con relación a los convenios para la atención de pacientes particulares.
4. La infracción de los funcionarios a lo dispuesto en esta norma hará incurrir en responsabilidad y traerá consigo las medidas disciplinarias que establece el artículo 121 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado se fijó por decreto con fuerza de ley N° 29, de 2004, del Ministerio de Hacienda.