

15 mayo 2017,

ANGOL,

10 5 2

DECRETO EXENTO N° _____/47

VISTOS:

a) Convenio de fecha 07 de Abril de 2017, suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL**, representada por su Alcalde, don **José Enrique Neira Neira** y el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE**, representado por su Director don **Cristian Mignolet Cortes**, con el objeto de implementar y desarrollar el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud, para lo cual el Servicio de Salud asigna la suma única de \$ 113.103.064.- (ciento trece millones ciento tres mil sesenta y cuatro pesos);

b) La Resolución N° 1600 del 30 de Octubre del 2008 Contraloría General de la República, normas sobre exención trámite toma de razón;

c) Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.

DECRETO

1. **APRUEBESE** Convenio de fecha 07 de Abril de 2017, suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL**, representada por su Alcalde, don **José Enrique Neira Neira** y el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE**, representado por su Director don **Cristian Mignolet Cortes**, con el objeto de implementar y desarrollar el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud, para lo cual el Servicio de Salud asigna la suma única de \$ 113.103.064.- (ciento trece millones ciento tres mil sesenta y cuatro pesos);

2. El presente Convenio entrará en vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre 2017. Sin embargo, el vencimiento del plazo de convenio no se encontraren ejecutadas en su totalidad de prestaciones señaladas en la cláusula tercera y quinta, el Director del Servicio podrá evaluar discrecionalmente la eventual posibilidad de prorrogar el presente convenio, a solicitud fundada de la Municipalidad y siempre que se encuentre, a lo menos, el 60% de las prestaciones ejecutadas, y la correspondiente rendición de cuenta al día.

3. Póngase en conocimiento de los departamentos que correspondan.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



NELSON HERRERA ORELLANA
CONTADOR PÚBLICO Y AUDITOR
SECRETARIO MUNICIPAL (S)

JENN/NHO/pvp.
DISTRIBUCIÓN

- ☒ SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE
- ☒ CC.C. DEPTO. JURÍDICO
- ☒ C.C. DEPTO. CONTROL
- ☒ C.C. DEPTO. DE FINANZAS
- ☒ C.C. DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL
- ☒ SECRETARÍA MUNICIPAL
- ☒ ARCH. OF. DE PARTES



JOSÉ ENRIQUE NEIRA NEIRA
ALCALDE DE LA COMUNA



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE
DEPARTAMENTO JURÍDICO
CMC/CEA/HSV/AQG/MS/PVV/NOR.
N° 198.-

CONVENIO
PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

En Angol, a 07 de abril de 2017, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE**, persona jurídica de derecho público, Rut 61.955.100-1 representado por su Director Don **CRISTIAN MIGNOLET CORTES**, Run 11.969.434-5, ambos domiciliados calle Pedro de Oña N° 387 de esta ciudad, en adelante el "Servicio" y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ANGOL**, corporación autónoma de derecho público, Rut 69.180.100-4, representada por su Alcalde don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, Run N° 6.535.099-6, ambos con domicilio en calle Pedro Aguirre Cerda N° 509, comuna de Angol, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 de fecha 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución.

SEGUNDA: En el marco del Programa de Gobierno 2014-2018, donde se señala explícitamente la creación de una Política Nacional de Medicamentos, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud**.

El referido programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1286 de 01 de Diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Araucanía Norte, conviene en asignar a la Municipalidad de Angol, recursos destinados a financiar los siguientes componentes del "**Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud**" y sus respectivas estrategias, cuya matriz de indicadores se encuentra en el programa referido, que forma parte integrante de este convenio:

- **Componente 1: Población que se atiende en establecimientos de atención primaria, con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.**
- **Componente 2: Gestión farmacéutica.**

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Araucanía Norte, conviene en asignar a la Municipalidad de Angol, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma única de \$ **113.103.064.-** (Ciento trece millones ciento tres mil sesenta y cuatro pesos). recursos que serán imputados al ítem 24.03.298 de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, para alcanzar el propósito y cumplimiento del programa, objeto del presente convenio.

La Municipalidad de Angol se obliga en conjunto con el Servicio de Salud Araucanía Norte, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas, y a implementar y desarrollar las acciones señaladas en el programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: La Municipalidad de Angol se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades:

Componente 1:

- Adquisición de fármacos de acuerdo a listado adjunto en Anexo N° 1 y adquisición de insumos para curación avanzada de heridas de pie diabético de acuerdo a listado adjunto en Anexo N° 2, por un monto total de **\$106.175.457.-** (Ciento seis millones ciento setenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y siete pesos).

Componente 2:

- Contratación de Recurso Humano, Químico Farmacéutico, Técnico Paramédico de Nivel Superior de Enfermería o Farmacia y/o Auxiliar Paramédico de Farmacia, para desempeñarse en unidades de farmacia en los Centros de Salud Familiar dependientes del Depto. de Salud Municipal de la comuna de Angol, de enero a diciembre del año 2017, con la suma total de **\$6.927.607.-** (Seis millones novecientos veintisiete mil seiscientos siete pesos).

SEXTA: La Municipalidad de Angol se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los componentes, indicadores y metas del programa, que se presentan a continuación, en Tabla N° 1:

NOMBRE COMPONENTE	INDICADOR	META N°	PESO RELATIVO %
Componente N° 1: Población con Acceso Oportuno a Medicamentos en Atención Primaria de Salud.	Indicador N° 1: Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con condición crónica en los establecimientos de atención primaria.	Meta 1. 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno.	40%
	Indicador N° 2: Porcentaje de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles.	Meta 2. 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la formulación del reclamo.	25%
Componente N° 2: Gestión Farmacéutica.	Indicador N° 3: Valorizado de merma de medicamentos estimado para los Servicios de Salud	Meta 3. 100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores al establecido para el Servicio de Salud.	10%
	Indicador N° 4: Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento.	Meta 4. 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia.	25%
CUMPLIMIENTO GOBAL DEL PROGRAMA			100%

SEPTIMA: Los indicadores y medios de verificación para la evaluación de los componentes del programa, serán los siguientes:

Indicador N°1: Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares en los establecimientos de atención primaria.

- **Numerador:** Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades no transmisibles.
- **Denominador:** Total de recetas despachadas a personas con enfermedades no transmisibles.
- **Medio de verificación:** Formulario web y sistema electrónico para aquellos que cuenten con módulo de farmacia informatizado.
- **Meta 1:** 100% de las entregadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares son despachadas con oportunidad y en su totalidad.

Indicador 2: Porcentaje de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.

- **Numerador:** Numero de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.
- **Denominador:** Total de reclamos de los usuarios atingentes al programa.
- **Medio de verificación:** Salud Responde, registro OIRS, u otro conforme a instrucción ministerial, emanada de forma oportuna.
- **Meta 2:** 100% de los reclamos con solución dentro de 24 horas hábiles.

Indicador 3: Valorizado de mermas de medicamentos estimados para los Servicios de Salud.

- **Numerador:** Valorizado de medicamentos mermados en los establecimientos de Atención Primaria.
- **Denominador:** Total de recursos invertidos en medicamentos en los establecimientos de atención primaria.
- **Medio de verificación:** Reporte Tablero de Mando Fondo de Farmacia.
- **Meta 3:** 100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores al establecido para el Servicio de Salud.

Indicador 4: Porcentaje de establecimientos de Atención Primaria con atención permanente de farmacia durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento.

- **Numerador:** Número de establecimientos de Atención Primaria con atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento.
- **Denominador:** Total de establecimientos de Atención Primaria.
- **Medios de verificación:** pauta de supervisión del Servicio de Salud.
- **Meta 4:** 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia en horario de funcionamiento del establecimiento.

OCTAVA: El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa, con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia. Por ello, el Servicio de Salud Araucanía Norte evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos señalados en la Tabla N° 1 precedente.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

La primera evaluación se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación referida al Cumplimiento Global del Programa, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje Cumplimiento Global del Programa	Porcentaje de descuento de recursos, 2° cuota del 30%
≥ 60%	0%
50.00 - 59,99%	25%
40.00 - 49,99%	50%
30.00 – 39,99%	75%
Menos de 30.00%	100%

La Municipalidad se obliga a enviar el o los informes requeridos por el programa, con fecha de corte al 31 de agosto, hasta el día 5 del mes de septiembre del año en curso.

Adicionalmente, el Servicio de Salud Araucanía Norte podrá de la suma de la 2ª cuota, si fuere el caso, descontar el monto valorizado de los medicamentos e insumos, que hayan sido entregados a la Municipalidad con cargo al stock crítico de manejo del Servicio de Salud Araucanía Norte, si la Municipalidad en su oportunidad, no hubiese reintegrado las especies entregadas, situación que deberá ser acreditada con las correspondientes actas.

La segunda evaluación y final, se efectuará con fecha corte al 31 de diciembre, fecha en que el programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas referidas al cumplimiento global del programa.

La Municipalidad se obliga a enviar el o los informes requeridos por el programa, con fecha de corte al 31 de diciembre del año en curso, hasta el día 5 del mes de enero del siguiente año.

NOVENA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud Araucanía Norte, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria, y la 2ª cuota, contra los resultados de la primera evaluación de acuerdo a lo señalado en la cláusula anterior. Sin perjuicio de lo señalado, las partes acuerdan que la segunda cuota se transferirá previa evaluación financiera de la ejecución de los recursos, que se encuentren disponibles en la municipalidad, para el cumplimiento de los objetivos del presente convenio.

DÉCIMA: El Servicio de Salud Araucanía Norte, requerirá a la Municipalidad de Angol, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar supervisión, control y evaluación del mismo.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud Araucanía Norte velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Será responsabilidad de la Municipalidad de Angol, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del Servicio.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en el Título III, Artículo 26, inciso cuarto y quinto respectivamente, que: "el organismo público receptor estará obligado a enviar a la unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión", "el referido informe mensual deberá remitirse dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente".

Y en su Párrafo 6º, Artículo 18, párrafo primero: "los Servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a cualquier título a terceros, cuando la rendición se haya hecho exigible y la persona o entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido, salvo en casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante".

A mayor abundamiento la rendición de cuentas de los recursos transferidos se realizará dentro de los quince primeros días hábiles del mes posterior al mes de la transferencia, de acuerdo a las siguientes fechas de corte:

El primer corte al 30 del mes siguiente, a aquel en que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio y transferida la primera cuota de los recursos comprometidos, la Municipalidad de Angol deberá ingresar la información de los gastos realizados a partir del mes de inicio de la vigencia del convenio a la fecha.

- Las fechas de cortes posteriores serán en forma mensual al 30 de cada mes, debiendo la Municipalidad de Angol ingresar la información dentro de los quince primeros días hábiles del mes siguiente.

Para efectos de lo anterior, la Municipalidad de Angol deberá ingresar la información al Sistema en Plataforma Web denominado "Sistema de Control Financiero de Programas APS" que pondrá a disposición el Servicio de Salud Araucanía Norte, la que será supervisada y aprobada por el Departamento de Atención Primaria de este Servicio de Salud.

En el caso que los documentos rendidos no correspondan a actividades financiadas por el Programa, el Servicio de Salud Araucanía Norte efectuará una reliquidación, debiendo la Municipalidad devolver a éste, el monto que haya utilizado en fines distintos a los consignados en el programa. Asimismo, el Servicio de Salud Araucanía Norte deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2017. Sin embargo, si al vencimiento del plazo de convenio no se encontraran ejecutadas en su totalidad de prestaciones señaladas en la cláusula tercera y quinta, el Director del Servicio podrá evaluar discrecionalmente la eventual posibilidad de prorrogar el presente convenio, a solicitud fundada de la Municipalidad y siempre que se encuentre, a lo menos, el 60% de las prestaciones ejecutadas, y la correspondiente rendición de cuenta al día.

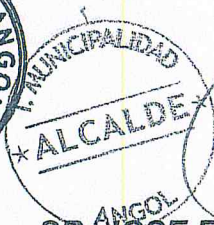
En caso de que el Director del Servicio considere que, no concurren los supuestos señalados en el párrafo precedente, la Municipalidad deberá, sin más trámite, restituir los saldos no ejecutados, previa rendición de cuentas conforme a la resolución exenta Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial de continuidad, por razones de un buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el 01 de enero de 2017, antes de dictarse el acto administrativo que aprueba el presente convenio, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52 de la Ley 19.880 de

Bases de los Procedimientos Administrativos, por cuanto produce consecuencias favorables para los usuarios y no lesiona derechos de terceros.

DÉCIMA TERCERA: La personería de don **CRISTIAN MIGNOLET CORTES**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Norte, consta en Decreto Supremo N° 03 de fecha 08 de enero de 2015, del Ministerio de Salud. La personería de don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, para representar a la Municipalidad de Angol, consta en Decreto Alcaldicio N° 6404 de fecha 06 de diciembre de 2016.- Documentos que no se insertan por ser conocidos y aceptados por las partes.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 05 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud Araucanía Norte, dos en el de la Municipalidad de Angol y los restantes en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.



SR. JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL



SR. CRISTIAN MIGNOLET CORTES
DIRECTOR
SERVICIO SALUD ARAUCANIA NORTE

DISTRIBUCIÓN:

- I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL (1) (DEPTO. SALUD) (1).
- SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES, MINSAL.
- DIVISION DE ATENCION PRIMARIA, MINSAL
- DEPTO. SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS S.S.A.N.
- DEPTO. ATENCION PRIMARIA S.S.A.N.
- DEPTO. FINANZAS S.S.A.N.
- DEPTO. JURIDICO S.S.A.N.
- AUDITORIA S.S.A.N.
- OF. PARTES (1).

ANEXO Nº 1 FONDO FARMACIA

Patología GES	Farmaco	Forma Farmaceutica	Presentacion
Diabetes Mellitus tipo 2	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO	25 MG
	ENALAPRIL MALEATO	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	5 MG
	LOSARTAN POTASICO	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	METFORMINA CLORHIDRATO	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RECUBIERTO	850 MG
	PRAVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	TOLBUTAMIDA	COMPRIMIDO	500 MG
Hipertensión Arterial Primaria	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRIMIDO	100 MG
	AMLODIPINO	COMPRIMIDO	5 MG
	AMLODIPINO	COMPRIMIDO	10 MG
	ATENOLOL	COMPRIMIDO	50 MG
	ATENOLOL	COMPRIMIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	CARVEDILOL	COMPRIMIDO	25 MG
	ENALAPRIL MALEATO	COMPRIMIDO	5 MG
	ENALAPRIL MALEATO	COMPRIMIDO	10 MG
	ENALAPRIL MALEATO	COMPRIMIDO	20 MG
	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO	25 MG
	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO	40 MG
	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO	50 MG
	LOSARTAN POTASICO	COMPRIMIDO	50 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	NIFEDIPINO	COMPRIMIDO LIBERACION PROLONGADA	20 MG
	PROPANOLOL	COMPRIMIDO	40 MG
Dislipidemia	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	10 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	LOVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	PRAVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG

ANEXO N° 2

Insumos aportados por el Programa, para curación de pie diabético.

Insumos incluidos en el Programa para Curación avanzada de pie diabético	Hidrogel en gel
	Carboximetilcelulosa con plata en láminas
	Carbón activado con plata en láminas
	Espuma hidrofílica no adhesiva
	Hidrogel Lámina
	Alginato en láminas
	Hidrocoloide en láminas
	Apósito tradicional en laminas
	Venda gasa semielasticada en rollo