



ANGOL 15 MAY 2020

000618

DECRETO EXENTO N°:

VISTOS:

Servicios Públicos de Municipalidades;

a) D. F. L. N° 01-3063 que reglamenta el traspaso de

la Contraloría General de la República, dicta normas sobre exención del trámite de "Toma de Razón";

c) Resolución Exenta N° 875 del 07 mayo del 2020,

**Aprueba Convenio Programa Fondo de Farmacia Para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en APS (N°123).**

e) La facultad que confiere la Ley N° 18.695 de 1988 y sus modificaciones, Orgánica Constitucional de Municipalidades.-

f) La Resolución 30 del 28 03 2015, de la Contraloría general de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas.

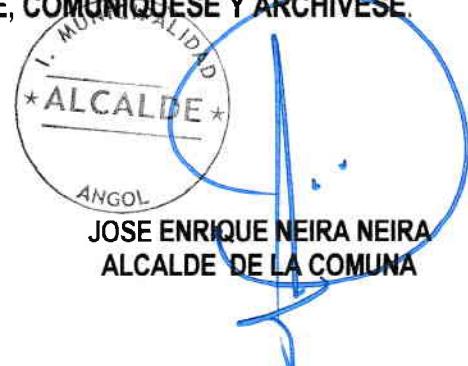
DECRETO:

1.- **Aprueba, Convenio Programa Fondo de Farmacia Para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en APS (N°123),** celebrado entre la Municipalidad de Angol y El Servicio de Salud Araucanía Norte.

2.- **Presupuesto:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud Araucanía Norte, transferirá a la Municipalidad de Angol, la suma total y única de \$141.815.371, (Ciento Cuarenta y Un Millones, Ochocientos Quince Mil, Trescientos Setenta y Un Pesos), los cuales serán imputados, al Ítem de Ingresos 05.03.006.-

3.- Póngase en conocimiento del Departamento de Salud y Control Municipal, para los fines del caso.-

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



MBS/ENN/VSA/FAPA/PPD/rbb

**DISTRIBUCIÓN:**

- Oficina de Partes
- Transparencia
- Archivo Depto. Salud (4)



**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

AMV/ MMD/ NDP/ IMC/ PVV

Res.Ex. 188 / 29.04.2020.

**RESOLUCION EXENTA N° 875**

**ANGOL, 07 MAYO 2020**

**CONSIDERANDO:**

1. Resolución Exenta N° 51, de fecha 28 de enero de 2020, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa "FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD".
2. Resolución Exenta N° 96, de fecha 21 de febrero de 2020, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos programa "FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD" año 2020.
3. Convenio N° 123, denominado "CONVENIO PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD", de fecha 17 de abril de 2020, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Norte y la Municipalidad de Angol.

**Y VISTOS:** Lo dispuesto en:

1. D.F.L. N° 1/05, que aprobó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79, leyes N° 18.933 y N° 18.469.
2. Decreto Supremo N° 140/04, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
3. Ley N° 19.378 de Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
4. Ley N° 21.192 de presupuesto del sector público para el año 2020.
5. Ley 19.880 de Bases de Procedimientos Administrativos, art. 52°.
6. Decreto exento N° 94/2019 del Ministerio de Salud, que establece el orden de subrogancia del director del Servicio de Salud Araucanía Norte.
7. Resolución N° 7 y 8/2019, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

**RESOLUCION:**

1. **APRUÉBASE** en todas sus partes, documento denominado "CONVENIO PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD", celebrado entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE**, representado por su director (S) **SR. ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, y la Municipalidad de Angol representada por su alcalde **SR. JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, de fecha 17 de abril de 2020 cuyo texto se transcribe a continuación siendo éste del tenor siguiente:

En Angol, a 17 de Abril de 2020, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE**, persona jurídica de derecho público, R.U.T. N° 61.955.100-1 representado por su Director (S) don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, 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, R.U.T. N° 69.180.100-4, representada por su Alcalde don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, 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 imparten 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 4º del Decreto N° 55 de 2020, 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° 51 de fecha 28 de enero de 2020, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio, en el cual se incluye, la Orientación Técnica de Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria 2020, los que se

entienden formar parte integrante de este convenio y 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: Población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.**
1. **Subcomponente N° 1:** Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.
  2. **Subcomponente N° 2:** Servicios Farmacéuticos.

**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 **\$141.815.371.-** (ciento cuarenta y un millones ochocientos quince mil trescientos setenta y un 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:

**Subcomponente N° 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 y Anexo N°3, por un monto total de **\$ 116.369.264.-** (ciento diecisésis millones trescientos sesenta y nueve mil doscientos sesenta y cuatro pesos).
- Adquisición de Metformina 1000 mg XR por un monto total de **\$4.933.262.-** (cuatro millones novecientos treinta y tres mil doscientos sesenta y dos pesos).

**Subcomponente N° 2:**

- Mejoras en Infraestructura y equipamiento para asegurar las condiciones en que se almacenan los medicamentos, insumos y dispositivos médicos en botiquines, farmacias y/o Droguerías de **\$3.557.037.-** (tres millones quinientos cincuenta y siete mil treinta y siete pesos).
- Contratación de 2 Técnico Paramédico de Farmacia o Técnico Paramédico de Nivel Superior de Farmacia por 44 horas cada uno, para desempeñarse en unidades de farmacia en los Centros de Salud Familiar, por la suma total de **\$13.264.126.-** (trece millones doscientos sesenta y cuatro mil ciento veinte seis pesos).
- Contratación 11 horas de Enfermera con post título sobre manejo de heridas y ostomías para realizar curaciones de ulceras venosas en pacientes de la comuna, por un monto de **\$3.691.682.-** (tres millones seiscientos noventa y un mil seiscientos ochenta y dos pesos)

Para la contratación del RRHH descrito anteriormente, el Servicio de Salud deberá ser incluido en las etapas de evaluación de antecedentes como en la selección del profesional representado el o la encargada del Programa FOFAR de la Dirección del Servicio de Salud. Así mismo, el municipio deberá informar con antecedentes y respaldos necesarios el término de la relación jurídica que lo vincule, en el caso que corresponda.

Se deja presente que el financiamiento y la gestión del proceso de compra de los insumos (de acuerdo a listado adjunto en Anexo N°3), para la atención de usuarios con curaciones de ulceras venosas; serán de gasto y responsabilidad del Servicio de Salud Araucanía Norte, en su calidad de gestor de red, quien posteriormente hará entrega en forma oportuna y coordinada a la Unidad de Farmacia Comunal del DSM Angol para su distribución al CESFAM Alemania. Este financiamiento aplicara solo en el caso que el DSM Angol no alcance a cubrir los insumos necesarios (Anexo N° 3) para el buen funcionamiento de la estrategia anteriormente mencionada, de acuerdo al subcomponente N° 1.

En caso que habiendo cumplido el 100% de las metas comprometidas y ejecutado los recursos según los acordados en los subcomponentes N° 1 y 2 del presente convenio, quedasen recursos excedentes, estos podrán ser redistribuidos de acuerdo a los lineamientos del Programa Fondo de Farmacia, bajo la aprobación y supervisión del Asesor de dicho Programa del Servicio Salud Araucanía Norte.

**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 %
-------------------	-----------	---------	-----------------

<p>Población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento.</p>	<p><b>Subcomponente N° 1: Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.</b></p>	<p><b>Indicador N° 1:</b> Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedades no transmisibles en los establecimientos de atención primaria.</p>	<p><b>Meta 1.</b> 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno.</p>	40%
		<p><b>Indicador N° 2:</b> Porcentaje de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), dentro de 24 horas hábiles.</p>	<p><b>Meta 2.</b> 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la formulación del reclamo.</p>	25%
	<p><b>Subcomponente N° 2: Servicios farmacéuticos</b></p>	<p><b>Indicador N° 3:</b> Porcentaje de establecimientos con mermas de medicamentos menor a la línea base nacional.</p>	<p><b>Meta 3.</b> 100% de establecimientos de la comuna tienen merma menor a la línea base nacional.</p>	10%
		<p><b>Indicador N° 4:</b> Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento.</p>	<p><b>Meta 4.</b> 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia o botiquín.</p>	25%
<b>CUMPLIMIENTO GOBAL DEL PROGRAMA</b>				100%

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

#### INDICADORES AFECTO A RELIQUIDACIÓN:

**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.

- **Formula:** (Número de receta despachadas con oportunidad/total de recetas despachadas) \*100
- **Numerador:** Número de recetas despachada con oportunidad a personas con enfermedades no transmisibles beneficiarias del programa.
- **Denominador:** Total de recetas despachadas con oportunidad a personas con enfermedades no transmisibles beneficiarias del programa.
- **Medio de verificación:** Reporte plataforma web indicada por MINSAL o registro proporcionado por cada servicio de Salud.
- **Meta 1:** 100% de las recetas entregadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares son despachadas con oportunidad.
- **Frecuencia: Mensual**

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

- **Formula:** (número de reclamos solucionados en menos de 24 horas/total de reclamos recibidos) \*100
- **Numerador:** Número 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:** Reporte Plataforma web indicada por Minsal, registro proporcionado por cada servicio de Salud o Tablero de gestión de Reclamos programa FOFAR.
- **Meta 2:** 100% de los reclamos con solución dentro de 24 horas hábiles.
- **Frecuencia: Mensual**

**Indicador 3:** Porcentaje de establecimientos con merma de medicamentos menor a la merma histórica a nivel nacional informada por cada servicio de salud, con valor menor a la línea base nacional.

- **Formula:** (Número de establecimientos de la comuna o servicio de salud con merma de medicamento menor a la línea base nacional/total de establecimientos de la comuna o servicio de salud) \*100
- **Numerador:** Número de establecimientos de la comuna o Servicio de Salud con merma de medicamentos menor a la línea base nacional.
- **Denominador:** Total de establecimientos de la comuna o Servicios de Salud.
- **Medio de verificación:** **Reporte Plataforma web indicada por Minsal o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.**
- **Meta 3:** 100% de establecimientos de la comuna o servicio de salud tienen mermas de medicamentos menores a la línea base nacional.

**Indicador 4:** Porcentaje de establecimientos de Atención Primaria con atención permanente de farmacia o botiquín, durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, que cumpla además con el stock crítico de medicamentos del programa FOFAR.

- **Formula:** (Número de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacia o botiquín, durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, que cumpla además con el stock crítico de medicamentos del programa FOFAR/ Total de establecimientos de la comuna o Servicio de Salud) \*100
- **Numerador:** Número de establecimientos de Atención Primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante el horario de funcionamiento del establecimiento.
- **Denominador:** Total de establecimientos de Atención Primaria.
- **Medios de verificación:** **Reporte Plataforma web indicada por Minsal o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.**
- **Meta 4:** 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia o botiquín en todo el horario de funcionamiento del establecimiento.
- **Frecuencia:** **Mensual**

#### INDICADORES NO AFECTO A RELIQUIDACIÓN:

**Indicador 5:** Número de beneficiarios que reciben un despacho oportuno de sus medicamentos para las patologías de riesgo cardiovascular cubiertas por el programa.

- **Formula:** (Número de beneficiario con receta médica despachada con oportunidad/ total de establecimientos de la comuna o servicio de Salud) \*100
- **Numerador:** Número de beneficiarios que presentan receta médica mensual) \*100
- **Denominador:** Total de beneficiarios del programa.
- **Medios de verificación:** **Reporte Plataforma web indicada por Minsal, REMP4 Sección J o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.**
- **Meta 5:** 100% de los beneficiarios de las recetas entregadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares reciben sus medicamentos con oportunidad.
- **Frecuencia:** **Mensual**

**Indicador 6:** Porcentaje de Comunas que cumplen con recursos Humanos contratados, financiados con el programa FOFAR (incluye aquellos cargos financiados por Subtítulo N°21-22 y 24)

- **Fórmula:** (Número de Recursos Humanos financiado por FOFAR con contrato vigente/ Total de Recursos Humanos asignados a la comuna o servicio de Salud) \*100
- **Numerador:** Número de Recursos Humanos financiados por FOFAR con contrato vigente.
- **Denominador:** Total de Recursos Humanos asignados a la comuna
- **Medios de Verificación:** Registro de cada Servicio de Salud
- **Meta 6:** 100% de los Servicios de Salud o Comunas cumplen con el número de Recursos Humanos asignado por el programa.
- **Frecuencia:** **Trimestral**

**Indicador 7:** Porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes bajo control en establecimiento de atención primaria de Salud.

- **Formula:** (Población Bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR/ Total de pacientes bajo control con patología incluida en el programa FOFAR) \*100
- **Numerador:** Población bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR en establecimientos de atención primaria
- **Denominador:** Total de pacientes bajo control con patologías incluidas en el programa FOFAR.
- **Medios de verificación:** **Reporte Plataforma web indicada por Minsal, REMP4 Sección J o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.**
- **Meta 7:** menos del 30% como línea base nacional se evaluará aumento de manera paulatina.
- **Frecuencia:** **Semestral**

**Indicador 8:** Porcentaje de marco convenido informado y su respaldo en la plataforma web de monitoreo de convenios el cual debe ser mayor al 80%.

- **Formula:** (Monto de convenios cargado a plataforma de convenio/monto total de recursos por servicios de salud según resolución vigente del programa de Fondo de Farmacia).
- **Numerador:** Monto de convenios cargado a plataforma web monitoreo.
- **Denominador:** Monto total de Recursos por Servicio a Salud según resolución vigente del programa de Fondo de Farmacia.
- **Medios de Verificación:** Reporte plataforma web indicada por Minsal, Reporte enviado por Departamento de Programación Financiera de atención primaria o informado por el Servicio de Salud.
- **Meta 8:** 100% de los Servicios de Salud, deben tener convenios y resolución vigentes y en ejecución al 30 de abril, el cual debe ser mayor al 80% posterior a esta fecha se monitorizará mensualmente su cumplimiento.
- **Frecuencia:** Mensual.

**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 julio 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 septiembre, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje Cumplimiento Global del Programa	Porcentaje de descuento de recursos, 2º 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 julio, hasta el día 15 del mes de agosto del año en curso.

**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 15 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 1º cuota para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa la cual será transferida cuando el Servicio de Salud dicte la resolución al establecimiento.

La segunda cuota corresponderá al 30% restante del total de recursos y se transferirá en el mes de septiembre, contra los resultados de la primera evaluación de acuerdo a los indicadores definidos en el programa.

**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 no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad de Angol se exceda de los fondos destinados por el Servicio de Salud Araucanía Norte para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

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 N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en el Título III, Artículo 26, incisos cuarto y quinto que dispone: "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 que señala: "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.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Sin embargo, si al 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.

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 N° 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 2020, 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: Aprobación.** Los otorgantes dejan expresa constancia que conforme lo dispuesto en el artículo 65 letra j) de la Ley N.º 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades el honorable Concejo municipal de Angol, ha dado su aprobación al presente Convenio en sesión ordinaria N° 11 de fecha 14 de Abril de 2020, mediante el memorándum N° 164 de fecha 17 de Abril de 2020.

**DÉCIMA CUARTA: Personerías:** La personería de don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Norte, consta en Decreto Exento N° 94 de fecha 16 de diciembre de 2019 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 QUINTA:** El presente convenio se firma en 05 ejemplares de igual tenor y valor, quedando uno en poder del Servicio de Salud Araucanía Norte, dos en el de la Municipalidad de Angol y los dos restantes en la Subsecretaría de Redes Asistencial del Ministerio de Salud.

2. **AUTORÍZASE** el traspaso a la Municipalidad de Angol, de la suma única y total de **\$141.815.371.-** (ciento cuarenta y un millones ochocientos quince mil trescientos setenta y un pesos), en la forma establecida en cláusula novena del convenio que por este acto se aprueba.
3. **IMPÚTESE** el gasto que irrogue la presente resolución exenta al ítem **24.03.298** de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas.

4. **REMÍTASE**, una copia de la presente resolución exenta y del Convenio que por este acto se aprueba a la I. Municipalidad de Angol.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**DISTRIBUCIÓN:**

1. MUNICIPALIDAD DE ANGOL (1) (DSM ANGOL (1)).
2. SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES, MINSAL.
3. DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA, MINSAL.
4. OF. PARTES

**PANEL:**

5. DEPTO. DE ATENCIÓN PRIMARIA S.S.A.N.
6. SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS S.S.A.N.
7. DEPTO. FINANZAS S.S.A.N.
8. DEPTO. JURÍDICO S.S.A.N.
9. AUDITORIA S.S.A.N.



SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE  
DEPARTAMENTO ATENCIÓN PRIMARIA  
AMV/ NDP/ IMC/ MEP/ PVV/ NOR

Nº 123.-

### CONVENIO

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

En Angol, a **17 ABRIL de 2020**, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE**, persona jurídica de derecho público, R.U.T. N° 61.955.100-1 representado por su Director (S) don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, 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, R.U.T. N° 69.180.100-4, representada por su Alcalde don **JOSE ENRIQUE NEIRA NEIRA**, 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 imparten 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 4º del Decreto N° 55 de 2020, 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° 51 de fecha 28 de enero de 2020, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio, en el cual se incluye, la Orientación Técnica de Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria 2020, los que se entienden formar parte integrante de este convenio y 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: Población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.**
  1. **Subcomponente N° 1:** Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.
  2. **Subcomponente N° 2:** Servicios Farmacéuticos.

**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 **\$141.815.371.-** (ciento cuarenta y un millones ochocientos quince mil trescientos setenta y un 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:

**Subcomponente N° 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 y Anexo N°3, por un monto total de **\$ 116.369.264.-** (ciento dieciséis millones trescientos sesenta y nueve mil doscientos sesenta y cuatro pesos).
- Adquisición de Metformina 1000 mg XR por un monto total de **\$4.933.262.-** (cuatro millones novecientos treinta y tres mil doscientos sesenta y dos pesos).

**Subcomponente N° 2:**

- Mejoras en Infraestructura y equipamiento para asegurar las condiciones en que se almacenan los medicamentos, insumos y dispositivos médicos en botiquines, farmacias y/o Droguerías de **\$3.557.037.-** (tres millones quinientos cincuenta y siete mil treinta y siete pesos).
- Contratación de 2 Técnico Paramédico de Farmacia o Técnico Paramédico de Nivel Superior de Farmacia por 44 horas cada uno, para desempeñarse en unidades de farmacia en los Centros de Salud Familiar, por la suma total de **\$13.264.126.-** (trece millones doscientos sesenta y cuatro mil ciento veinte seis pesos).
- Contratación 11 horas de Enfermera con post título sobre manejo de heridas y ostomías para realizar curaciones de ulceras venosas en pacientes de la comuna, por un monto de **\$3.691.682.-** (tres millones seiscientos noventa y un mil seiscientos ochenta y dos pesos)

Para la contratación del RRHH descrito anteriormente, el Servicio de Salud deberá ser incluido en las etapas de evaluación de antecedentes como en la selección del profesional representado el o la encargada del Programa FOFAR de la Dirección del Servicio de Salud. Así mismo, el municipio deberá informar con antecedentes y respaldos necesarios el término de la relación jurídica que lo vincule, en el caso que corresponda.

Se deja presente que el financiamiento y la gestión del proceso de compra de los insumos (de acuerdo a listado adjunto en Anexo N°3), para la atención de usuarios con curaciones de ulceras venosas; serán de gasto y responsabilidad del Servicio de Salud Araucanía Norte, en su calidad de gestor de red, quien posteriormente hará entrega en forma oportuna y coordinada a la Unidad de Farmacia Comunal del DSM Angol para su distribución al CESFAM Alemania. Este financiamiento aplicara solo en el caso que el DSM Angol no alcance a cubrir los insumos necesarios (Anexo N° 3) para el buen funcionamiento de la estrategia anteriormente mencionada, de acuerdo al subcomponente N° 1.

En caso que habiendo cumplido el 100% de las metas comprometidas y ejecutado los recursos según los acordados en los subcomponentes N° 1 y 2 del presente convenio, quedasen recursos excedentes, estos podrán ser redistribuidos de acuerdo a los lineamientos del Programa Fondo de Farmacia, bajo la aprobación y supervisión del Asesor de dicho Programa del Servicio Salud Araucanía Norte.

**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 %
Población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento.	Subcomponente N° 1: Entrega de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.	Indicador N° 1: Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedades no transmisibles 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%
	Subcomponente N° 2: Servicios farmacéuticos	Indicador N° 3: Porcentaje de establecimientos con mermas de medicamentos menor a la línea base nacional	Meta 3. 100% de establecimientos de la comuna tienen mermas menor a la línea base nacional.	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 o botiquín.	25%
CUMPLIMIENTO GOBAL DEL PROGRAMA				100%

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

#### **INDICADORES AFFECTO A RELIQUIDACIÓN:**

**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.

- **Formula:** (Número de recetas despachadas con oportunidad/total de recetas despachadas) \*100
- **Numerador:** Número de recetas despachadas con oportunidad a personas con enfermedades no transmisibles beneficiarias del programa.
- **Denominador:** Total de recetas despachadas con oportunidad a personas con enfermedades no transmisibles beneficiarias del programa.
- **Medio de verificación:** Reporte plataforma web indicada por MINSAL o registro proporcionado por cada servicio de Salud.
- **Meta 1:** 100% de las recetas entregadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares son despachadas con oportunidad.
- **Frecuencia:** Mensual

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

- **Formula:** (número de reclamos solucionados en menos de 24 horas/total de reclamos recibidos) \*100
- **Numerador:** Número 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:** Reporte Plataforma web indicada por Minsal, registro proporcionado por cada servicio de Salud o Tablero de gestión de Reclamos programa FOFAR.
- **Meta 2:** 100% de los reclamos con solución dentro de 24 horas hábiles.
- **Frecuencia:** Mensual

**Indicador 3:** Porcentaje de establecimientos con merma de medicamentos menor a la merma histórica a nivel nacional informada por cada servicio de salud, con valor menor a la línea base nacional.

- **Formula:** (Número de establecimientos de la comuna o servicio de salud con merma de medicamento menor a la línea base nacional/total de establecimientos de la comuna o servicio de salud) \*100
- **Numerador:** Número de establecimientos de la comuna o Servicio de Salud con merma de medicamentos menor a la línea base nacional.
- **Denominador:** Total de establecimientos de la comuna o Servicios de Salud.
- **Medio de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por Minsal o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- **Meta 3:** 100% de establecimientos de la comuna o servicio de salud tienen mermas de medicamentos menores a la línea base nacional.

**Indicador 4:** Porcentaje de establecimientos de Atención Primaria con atención permanente de farmacia o botiquín, durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, que cumpla además con el stock crítico de medicamentos del programa FOFAR.

- **Formula:** (Número de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacia o botiquín, durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, que cumpla además con el stock crítico de medicamentos del programa FOFAR/ Total de establecimientos de la comuna o Servicio de Salud) \*100
- **Numerador:** Número de establecimientos de Atención Primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante el horario de funcionamiento del establecimiento.
- **Denominador:** Total de establecimientos de Atención Primaria.
- **Medios de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por Minsal o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- **Meta 4:** 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia o botiquín en todo el horario de funcionamiento del establecimiento.
- **Frecuencia:** Mensual

## INDICADORES NO AFECTO A RELIQUIDACIÓN:

**Indicador 5:** Número de beneficiarios que reciben un despacho oportuno de sus medicamentos para las patologías de riesgo cardiovascular cubiertas por el programa.

- **Formula:** (Número de beneficiario con receta médica despachada con oportunidad/ total de establecimientos de la comuna o servicio de Salud) \*100
- **Numerador:** Número de beneficiarios que presentan receta médica mensual) \*100
- **Denominador:** Total de beneficiarios del programa.
- **Medios de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por Minsal, REMP4 Sección J o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- **Meta 5:** 100% de los beneficiarios de las recetas entregadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares reciben sus medicamentos con oportunidad.
- **Frecuencia:** Mensual

**Indicador 6:** Porcentaje de Comunas que cumplen con recursos Humanos contratados, financiados con el programa FOFAR (incluye aquellos cargos financiados por Subtítulo N°21-22 y 24)

- **Fórmula:** (Número de Recursos Humanos financiado por FOFAR con contrato vigente/ Total de Recursos Humanos asignados a la comuna o servicio de Salud) \*100
- **Numerador:** Número de Recursos Humanos financiados por FOFAR con contrato vigente.
- **Denominador:** Total de Recursos Humanos asignados a la comuna
- **Medios de Verificación:** Registro de cada Servicio de Salud
- **Meta 6:** 100% de los Servicios de Salud o Comunas cumplen con el numero de Recursos Humanos asignado por el programa.
- **Frecuencia:** Trimestral

**Indicador 7:** Porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes bajo control en establecimiento de atención primaria de Salud.

- **Formula:** (Población Bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR/ Total de pacientes bajo control con patología incluida en el programa FOFAR) \*100
- **Numerador:** Población bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR en establecimientos de atención primaria
- **Denominador:** Total de pacientes bajo control con patologías incluidas en el programa FOFAR.
- **Medios de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por Minsal, REMP4 Sección J o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- **Meta 7:** menos del 30% como línea base nacional se evaluará aumento de manera paulatina.
- **Frecuencia:** Semestral

**Indicador 8:** Porcentaje de marco convenido informado y su respaldo en la plataforma web de monitoreo de convenios el cual debe ser mayor al 80%.

- **Formula:** (Monto de convenios cargado a plataforma de convenio/monto total de recursos por servicios de salud según resolución vigente del programa de Fondo de Farmacia.
- **Numerador:** Monto de convenios cargado a plataforma web monitoreo.
- **Denominador:** Monto total de Recursos por Servicio de Salud según resolución vigente del programa de Fondo de Farmacia.
- **Medios de Verificación:** Reporte Plataforma web indicada por Minsal, Reporte enviado por Departamento de Programación Financiera de atención primaria o informado por el Servicio de Salud.
- **Meta 8:** 100% de los Servicios de Salud, deben tener convenios y resolución vigentes y en ejecución al 30 de abril, el cual debe ser mayor al 80% posterior a esta fecha se monitorizará mensualmente su cumplimiento.
- **Frecuencia:** Mensual.

**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 julio 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 septiembre, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje Cumplimiento Global del Programa	Porcentaje de descuento de recursos, 2º 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 julio, hasta el día 15 del mes de agosto del año en curso.

**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 15 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 1º cuota para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa la cual será transferida cuando el Servicio de Salud dicte la resolución al establecimiento.

La segunda cuota corresponderá al 30% restante del total de recursos y se transferirá en el mes de septiembre, contra los resultados de la primera evaluación de acuerdo a los indicadores definidos en el programa.

**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 no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad de Angol se exceda de los fondos destinados por el Servicio de Salud Araucanía Norte para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

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 N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en el Título III, Artículo 26, incisos cuarto y quinto que dispone: "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 que señala: "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.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Sin embargo, si al vencimiento del plazo de convenio no se encuentren 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 N° 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 2020, 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 Procedimientos Administrativos, por cuanto produce consecuencias favorables para los usuarios y no lesiona derechos de terceros.

**DECIMO TERCERO:** Aprobación. Los otorgantes dejan expresa constancia que conforme lo dispuesto en el artículo 65 letra j) de la Ley N.º 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades el honorable Concejo municipal de Angol ha dado su aprobación al presente Convenio en sesión ordinaria N°11 de fecha de 14 de Abril de 2020, mediante el memorándum N° 164 de fecha 17 de Abril de 2020.

**DÉCIMA CUARTA: Personerías:** La personería de don **ALEJANDRO MANRIQUEZ VALLEJOS**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Norte, consta en Decreto Exento N° 94 de fecha 16 de diciembre de 2019 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 QUINTA:** El presente convenio se firma en 05 ejemplares de igual tenor y valor, quedando uno en poder del Servicio de Salud Araucanía Norte, dos en el de la Municipalidad de Angol y los dos restantes en la Subsecretaría de Redes Asistencial del Ministerio de Salud.



**DISTRIBUCIÓN:**

- I. MUNICIPALIDAD DE ANGOL (1) (DSM ANGOL) (1).
- SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES MINSAL
- DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA, MINSAL
- SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS
- DPTO. DE ATENCIÓN PRIMARIA SSAN.
- DPTO, FINANZAS SSAN
- DPTO JURÍDICO SSAN
- AUDITORIA SSAN
- OF. PARTES (1)

**ANEXO N° 1**

PATOLOGÍA INCORPORADA	FÁRMACO (PRINCIPIO ACTIVO)	FORMA FARMACÉUTICA	PRESENTACIÓN
DIABETES MELLITUS TIPO 2	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	COMPRIMIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	ENALAPRIL	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	GLIBENCLAMIDA	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	5 MG
	LOSARTAN	COMPRIMIDO	50 MG
	METFORMINA	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RECUBIERTO	850 MG
	METFORMINA	COMPRIMIDO DE LIB. PROLONGADA (XR)	1000 MG**
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	COMPRIMIDO	100 MG
	AMLODIPINO	COMPRIMIDO	5 MG
	AMLODIPINO	COMPRIMIDO	10 MG
	ATENOLOL	COMPRIMIDO	50 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG
	CAPTOPRIL	COMPRIMIDO	25 MG
	CARVEDILOL	COMPRIMIDO	6,25 MG
	CARVEDILOL	COMPRIMIDO	25 MG
	ENALAPRIL	COMPRIMIDO O COMPRIMIDO RANURADO	10 MG
	ESPIRONOLACTONA	COMPRIMIDO	25 MG
	FUROSEMIDA	COMPRIMIDO	40 MG
	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRIMIDO	50 MG
DISLIPIDEMIA	LOSARTAN	COMPRIMIDO	50 MG
	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG

## ANEXO N° 2

INSUMOS PIE DIABETICO INFECTADO Y NO INFECTADO
Plata Nanocristalina 10 cm x 10 cm
Espuma Hidrofilica con plata 10 cm x 10 cm
DACC lámina
PHMB Rollo
Apósito de Ringer + PHMB
Tull de silicona 10 x 10
Hidrogel 5 g a 10 g
Gel con Ácido Hialurónico + Zinc 30 gr
Gel con Polihexanida con Bétaína
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm
Espuma limpiadora de piel
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts
Lubricante Cutáneo
Solución Limpiadora Polihexanida con betaína 350 ml
Curetas 3 mm o 4 mm
Alginato 10 x 10 cm
Espuma Hidrofilica con Silicona 10 x 10 cm
Carboximetilcelulosa 10 x 10 cm
Ácido Fusídico
Colágeno
Inhibidor de la Metaloproteasa
Protector cutáneo spray
Carboximetilcelulosa con plata 10 x 10 cm
Alginato con plata 10 x 10 cm
Tull con plata
Hidrogel con Plata 15 g

\* Los insumos médicos están sujetos a elección de acuerdo a los requerimientos y características de los pacientes con pie diabético.

**ANEXO N° 3**

<b>INSUMOS ÚLCERA VENOSA</b>
<b>SISTEMA COMPRESIVO</b>
Bota de Unna
Calcetín 20 mmhg
Calcetín 40 mm hg medidas I
Sistema compresivo multicapa de 2 capas
Sistema compresivo multicapa de 3 capas
<b>APÓSITO PRIMARIO (INTERACTIVO, BIOACTIVO O MIXTO)</b>
Plata Nanocristalina 10 cm x 10 cm
Espuma Hidrofílica con plata 10 cm x 10 cm
DACC lámina
Apósito de Ringer + PHMB
Espuma Hidrofílica con Hidrogel o Silicona 10 x 10
Tull de silicona 10 x 10
Hidrogel 5 g a 10 g
Gel con Ácido Hialurónico + Zinc 30 gr
Gel con Polihexanida con Bétaína
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm
<b>OTROS INSUMOS</b>
Espuma limpiadora de piel
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts
Guantes de procedimiento
Cinta adhesiva de Tafetan de 2,5 cm
Lubricante Cutáneo
Solución Limpiadora Polihexanida con betaina 350 ml
Curetas 3 mm o 4 mm