

ANEXO 8

Eje Gestión de Recursos Financieros en Atención Primaria

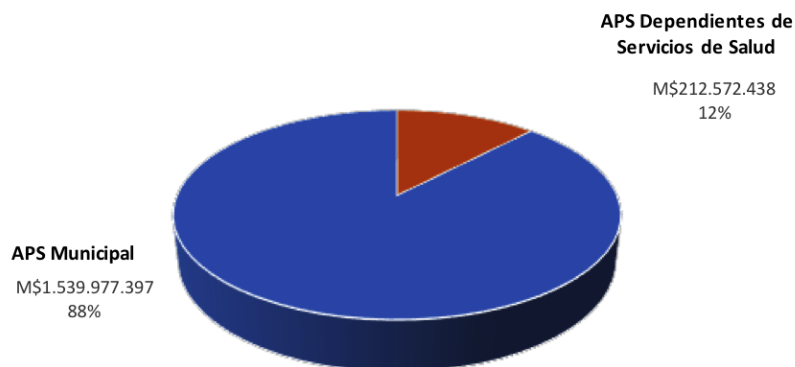
La gestión de los recursos financieros en Atención Primaria, se inscribe dentro del contexto de la administración de los recursos estatales en los distintos niveles de gobierno; estos recursos se insertan en una lógica macro de presupuesto por resultados, reconociendo la importancia de la asignación de recursos transparente y la necesidad de dar cuenta a la comunidad y a los distintos actores sociales involucrados, dónde se gasta, cómo se gasta, quienes son beneficiados y cómo son las fuentes de financiamiento de los gastos efectuados. Esto cobra especial importancia en salud, pues involucra a las personas y su bienestar.

La Atención Primaria de Salud chilena presenta distintos mecanismos y dependencias administrativas y fuentes de financiamiento. Se distinguen:

- Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos.
- Atención Primaria Dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, con sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones.
- Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 suscritos con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones del nivel primario de atención.

En ese contexto, la ley de presupuesto del sector público, contempla entre otros, el programa presupuestario de la Atención Primaria, donde se especifican los recursos para el gasto, en el concepto de transferencias corrientes a otros organismos del sector público, tanto para la dependencia de administración municipal como para la dependencia directa de los Servicios de Salud; en ambos casos además, existen glosas específicas en la Ley de presupuesto, que identifican en qué dependencias administrativas y cuánto se ha de gastar anualmente.

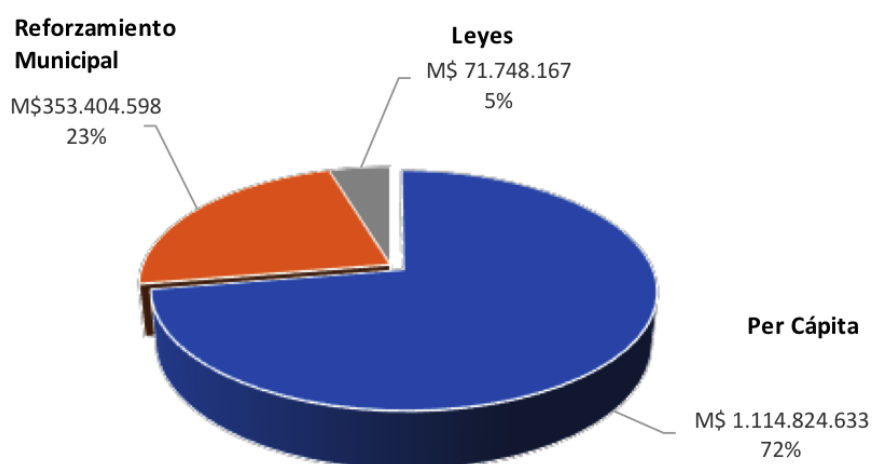
ILUSTRACIÓN N°1. PRESUPUESTO ATENCIÓN PRIMARIA. LEY INICIAL, POR TIPO DE DEPENDENCIA. M\$ 2019.



El aporte fiscal a la Atención Primaria en lo referente a los gastos operación en el ámbito de las redes asistenciales, se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Fondo Nacional de Salud, Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria, considerando tres glosas, entre ellas la: 01 asociada a la Atención Primaria dependiente de los Servicios de Salud, y la 02, vinculada a la Atención Primaria Municipal. Este monto asciende a M\$1.752.549.835 para el año de 2019; un 88% se destina a la salud primaria municipal y un 12%, a la atención primaria dependiente de los Servicios de Salud.

A su vez, los recursos destinados a la Atención Primaria de Salud Municipal, se subdividen en distintos mecanismos de pago y glosas específicas: un 71% se transfiere vía mecanismo de per cápita¹, un 24% en Programas de Reforzamiento e Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento, y un 5%, al financiamiento de los gastos originados por la aplicación de las Leyes N° 19.813, 20.157 y 20.250²; la distribución se muestra en la figura a seguir.

ILUSTRACIÓN 2. PRESUPUESTO DE ATENCIÓN PRIMARIA POR LÍNEAS DE FINANCIAMIENTO. AÑO M\$2019



Por otro lado, el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), instalado en el sector de salud, reconoce para el caso de la Atención Primaria, el programa presupuestario respectivo y las aperturas en las dependencias municipal y de Servicios de Salud.

Es fundamental, profundizar la coherencia del sistema de salud primario en el tiempo, cuidando las ventajas adquiridas en transparencia, flexibilización y eficiencia en la gestión de presupuestos de salud, y, consolidando el rol de la gestión a nivel local, con mayor fortalecimiento de la Atención Primaria, y que considere no sólo la resolución de los problemas de salud, sino también, la promoción y prevención, resguardando el sentido de integralidad de la salud primaria.

Financiamiento de la atención primaria de salud

La Atención Primaria, posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, así como distintas dependencias administrativas como ya se ha señalado. Por una parte, se distingue la Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos.

Por otra parte, la Atención Primaria dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, considerando en ésta, sus establecimientos, centros de salud rurales y ur-

¹ Decreto Supremo N° 31 de 2017.

² No considera provisión de componente variable para la asignación de desempeño colectivo, ley N° 19.813.

banos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones médico-rurales y las organizaciones no gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones de nivel primario de atención.

La Atención Primaria municipal, posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios, el que se encuentra en la ley N° 19.378, artículos 49 y 56, y se refleja en dos mecanismos de pago: per cápita y pago prospectivo por prestación (programas de reforzamiento de atención primaria). La atención primaria de dependencia municipal, considera una población a cargo para el año 2019, de 12.510.971 personas y 322 Municipalidades³ (93% del total de Municipalidades), que corresponden a entidades administradoras de salud municipal en Chile. Además, el aporte fiscal a la Atención Primaria, se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, capítulo 02, Programa 02, de Atención Primaria, considerando tres glosas, entre las que se destacan:

- Glosa 01 asociada a la Atención Primaria dependiente de los Servicios de Salud, la que incluye los recursos para el financiamiento del aporte destinado a las organizaciones no gubernamentales que realizan atenciones en esta modalidad bajo convenios DFL 36/80, y,
- Glosa 02, vinculada a la Atención Primaria Municipal. La forma en que se refleja la aplicación de las glosas citadas en los mecanismos de pago y regulación del financiamiento en la Atención Primaria, se puede observar en las ilustraciones siguientes:

ILUSTRACIÓN 3. MECANISMOS DE PAGO Y REGULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEPENDIENTE DEL SERVICIO DE SALUD

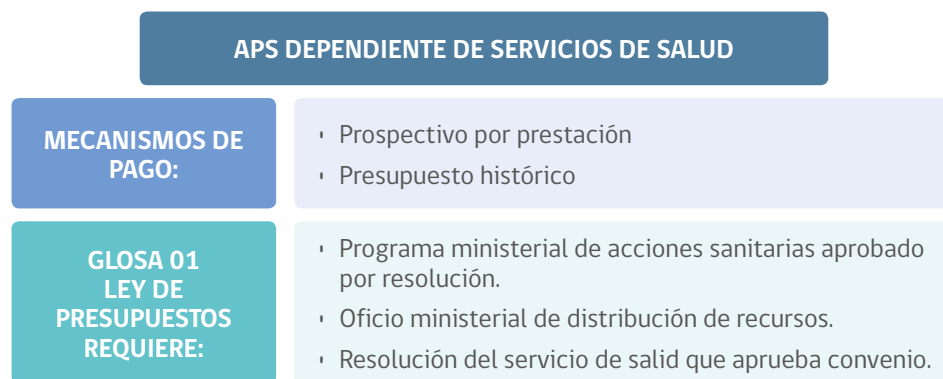
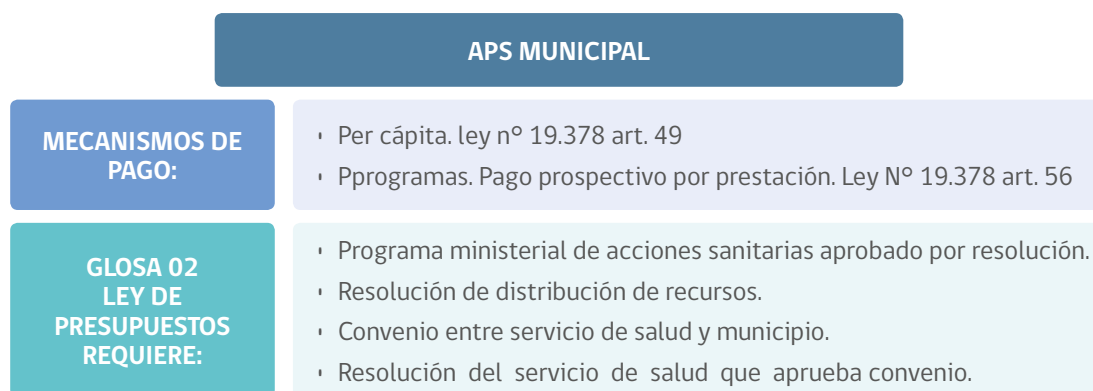


ILUSTRACIÓN 4. MECANISMOS DE PAGO Y REGULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL.



³ El mecanismo de per cápita considera por efectos de territorio a la Granja Sur como la entidad número 322, siendo ésta el Consultorio Esteban Gumucio de la Comuna de la Granja, inserto en el límite territorial del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL

Mecanismo de pago per cápita

Hasta junio de 1994, el sistema de asignación de recursos destinado a la Atención Primaria Municipalizada, se caracterizaba por el pago de las atenciones prestadas, más comúnmente conocido como el Mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados (FAPEM). Dicho mecanismo operaba sobre la determinación de ciertos techos comunales, discrecionalmente definidos por la autoridad regional. El mecanismo FAPEM, generaba incentivos a la sobrefacturación de prestaciones sin reparar en su calidad, ya que estaba asociado a realizar una mayor cantidad de acciones, principalmente, aquellas con mayor precio relativo en el arancel.

Considerando las deficiencias que implicaba un mecanismo como el FAPEM, dada los efectos hacia el mayor gasto y a la inequidad, a partir de julio de 1994, se puso en marcha un nuevo mecanismo de asignación de recursos, denominado, el sistema de pago per-cápita destinado a la Atención Primaria municipalizada el cual prioriza la entrega de recursos a las comunas de mayor pobreza, ruralidad, con mayor dificultad de acceso a los beneficios, distancias geográficas y con mayor

dificultad para prestar las atenciones de salud. El artículo 49 define de manera específica el sustento para el mecanismo de Pago Per Cápita.

El Per Cápita, es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar, sus programas y la inscripción de la población beneficiaria.

El cálculo del plan de salud familiar (PSF), se efectúa con base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la Atención Primaria.

El plan de salud familiar, considera acciones destinadas a la salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológica, del ambiente y la mayor parte de las garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. Para el 2019, el PSF incluye un total de 103 prestaciones.

Para el cálculo del plan de salud familiar, se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley N° 19.378 - Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, contemplan grupo objetivo y coberturas; se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con base a todos los anteriores costos, se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

En la situación actual, de las 322 comunas que administran la Atención Primaria municipal, 83 son clasificadas como urbanas, 192 como rurales y 47 como comunas de costo fijo, no obstante, a estas no se le aplica el mecanismo de financiamiento per cápita pues su tamaño se constituye en barrera técnica para ello.

Descripción del per cápita basal vigente

El per cápita basal se define como el aporte básico unitario homogéneo, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de Atención Primaria de salud de cada comuna, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Los factores de incremento del per cápita basal, contemplan siguiendo los criterios de incremento señalados en el artículo 49 de la Ley N° 19.378, al nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, representando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema; la dificultad para prestar atenciones de salud; la dificultad para acceder a las atenciones de salud;

Aplicación de criterios de incremento del per cápita basal:

Los “ajustadores” que se incorporan son:

i. Pobreza: ésta tiene dos dimensiones o ámbitos; el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP y Riesgo asociado a edad:

- a. Se considera el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP, elaborado con base a la información proporcionada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE) a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Este indicador mide la capacidad económica del municipio, con base a la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1. Más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM y por ende mayor pobreza o menor capacidad de generar recursos propios. Existen cuatro tramos de pobreza e incrementos respectivos en el per cápita basal:

Tramo 1: 18%.

Tramo 2: 12%.

Tramo 3: 6%.

Tramo 4: 0%.

- b. Riesgo asociado a edad: Por el mayor costo relativo de la atención de adultos mayores en salud, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos, como un monto fijo e igual para todas las comunas. El año 2019, el monto es de \$662 mensuales; incorpora una asignación adicional por cada uno de los beneficiarios potenciales (población inscrita en los establecimientos de atención primaria, sujeta a proceso de validación y certificación y a cargo de los establecimientos de la atención primaria), de 65 años y más.

ii. Ruralidad

Incremento por ruralidad de 20%. De acuerdo al Censo de 2002, se clasifican las comunas en rurales y urbanas, considerando rural toda comuna en la cual población rural sea igual o mayor al 30%, así como, aquella en que la entidad respectiva administre solamente establecimientos rurales, tales como consultorios generales rurales, postas rurales, estaciones médicas rurales. No estando disponibles otros datos censales, la clasificación 2015 permanece vinculada a los datos del último Censo disponible.

iii. Referencia de Asignación de Zona.

Para las comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las atenciones de salud, se ha considerado en forma referencial al porcentaje de asignación de zona establecido en artículo 7° del Decreto Ley N° 249, estructurado en diferentes tramos, con porcentajes de incremento que van desde 0% a 24%. La matriz que refleja este factor de incremento se muestra a seguir:

ILUSTRACIÓN 5. MATRIZ DE INCREMENTO POR REFERENCIA DE ZONA

Referencia de Tramos de Asignación de Zona (en %)	0	10	15	20	25	30	35	40	55	70 y más
Porcentajes de Incremento sobre el Per Cápita Basal (en %)	0%	4%	5%	7%	9%	10%	12%	14%	19%	24%

iv. Desempeño Difícil

Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud, en que la dotación de los establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud, deba recibir la asignación de desempeño difícil a la que se hace mención en los artículos 28, 29 y 30 de la Ley N° 19.378.

Resultados

Los recursos que resultan de la combinación de los distintos incrementos sobre el per cápita basal antes descrito, permiten la implementación de un Plan de Salud Familiar, al que tienen derecho los beneficiarios del sistema público inscritos y validados en cada comuna.

Este aporte estatal a la salud municipal, que plasma el plan de salud, se financia con aporte fiscal y se efectúan las transferencias a través de los Servicios de Salud a los Municipios, con base a Decreto fundado anual suscrito por los Ministerios de Hacienda, Interior y Salud y resoluciones respectivas. El decreto vigente para el año 2019 es el N° 84 del Ministerio de Salud.

La metodología descrita para el cálculo del per cápita basal y sus incrementos se aplica a 275 comunas, de las 322 que administran salud primaria; las restantes 47, conocidas como de costo fijo, corresponden a comunas que poseen menos de 3.500 habitantes como beneficiarios del sector público de salud. En el caso de éstas, se asume que el costo de prestar servicios de salud no se condice directamente con el número de inscritos (por problemas de escala), por lo que se les transfiere un monto mensual fijo.

Mecanismo pago prospectivo por prestación; programas de reforzamiento

El aporte estatal vía el mecanismo de pago de per cápita, se complementa con aportes estatales adicionales, normados en el artículo 56 de la ley N° 19.378. Su mecanismo de pago es prospectivo por prestación.

Estos aportes se entregan vía convenios suscritos entre los respectivos Servicios de Salud y los Municipios correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Los recursos asociados al artículo 56, se encuentran, además, señalados en la Glosa 02, del programa presupuestario de la Atención Primaria determinado por la ley de presupuestos del sector público⁴, y están destinados al financiamiento de la Atención Primaria desarrollada en las entidades administradoras de salud municipal, debiendo ser asignados, sobre la base de convenios suscritos entre los Servicios de Salud y las respectivas entidades administradoras de salud municipal, y, de las instrucciones o acuerdos del Ministerio de Salud, lo que se refleja en Programas Ministeriales aprobados por Resolución, sin perjuicio de las funciones de supervisión que deban efectuar los Servicios de Salud.

⁴ Ley N° 21.125 publicada en el Diario Oficial en diciembre de 2018.

Conforme la Ley 19.378 y sus modificaciones, las autoridades que suscriban convenios entre los Municipios que administran salud y los Servicios de Salud correspondientes, son el Alcalde o Alcaldesa y el Director (a) del Servicio en su rol de gestor de redes. Asimismo, las transferencias de recursos, conforme la regulación vigente, se realiza desde los Servicios de Salud hacia las Municipalidades.

Cabe resaltar que, para cada Programa Ministerial, se agrega de manera explícita a contar del año

2010, la existencia de Resolución de Distribución de Recursos del Ministerio de Salud; esto se traduce en que, para el caso de los convenios citados, como requisitos que los sustentan, se encuentran los siguientes documentos:

- a. Programa Ministerial de acciones sanitarias y/o actividades tendientes a reforzar el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, donde se explican los objetivos, las acciones, actividades y demás elementos necesarios para comprensión de la política sectorial respectiva, metas, indicadores, criterios de evaluación, medición, reliquidación y fuente de financiamiento correspondiente, según dependencia administrativa a que se aplica dicho Programa.
- b. Resolución Ministerial que aprueba dicho Programa.
- c. Resolución Ministerial que distribuye los recursos a nivel de los Servicios de Salud.
- d. Convenio tipo, el que constituye una referencia para su aplicación en el territorio, puesto que debe ser adecuado a las condiciones locales, considerando que los convenios son de carácter bilateral.
- e. Resolución aprobatoria del Servicio de Salud correspondiente, que aprueba el convenio suscrito entre las partes ocasión en que el convenio se entiende totalmente tramitado (o perfeccionado).

Todo cambio entre sub títulos de gasto, incremento o rebaja de asignaciones durante el año, implican una modificación de las resoluciones ministeriales que distribuyen los recursos a nivel de los Servicios de Salud, donde tales movimientos financieros deben quedar reflejados, originando con ello, un ciclo recurrente a considerar en los convenios y en las respectivas resoluciones aprobatorias de los mismos, que son los actos administrativos que implican la total tramitación. Tales resoluciones pueden ser exentas o afectas, en este último caso, por el monto del convenio que se presenta, deben ser enviadas a análisis y aprobación (toma de razón) de la Contraloría.

ATENCIÓN PRIMARIA DEPENDIENTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Esta dependencia, se regula por el Estatuto Administrativo en cuanto a dotación, por el decreto ley N° 2.763 y sus modificaciones, y, por la ley N° 19.937.

Vinculados a la glosa 01 del Programa Presupuestario de Atención Primaria, se señalan los recursos destinados al financiamiento de la atención primaria desarrollada en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y para el financiamiento de los convenios DFL N° 36, (S), de 1980.

En relación a la Atención Primaria dependiente de los Servicios de Salud, estos recursos deberán ser transferidos a dichos establecimientos, de acuerdo a Resolución, dictada por los respectivos Directores de los Servicios de Salud, enmarcada en un programa aprobado por Resolución Ministerial.

En cuanto a las prestaciones otorgadas al amparo de DFL36, los recursos deberán ser transferidos de acuerdo a convenios, establecidos entre los directores de los respectivos Servicios de Salud y los directivos de dichos establecimientos, enmarcados en un programa aprobado por Resolución Ministerial.

La aplicación de la glosa 01 de la Ley de Presupuestos del Sector público, para el caso de la Atención Primaria de Salud dependiente, implica los siguientes requerimientos:

- Programa Ministerial de acciones sanitarias aprobado por resolución.
- Oficio Ministerial de distribución de recursos.
- Convenio entre Director (a) de Establecimiento DFL/36 y el Director (a) del Servicio de Salud.
- Resolución del Servicio de Salud para las actividades a realizar en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

Los recursos asignados en la ley de presupuesto, vía Programas, que se sustentan en Convenios y Resoluciones del Servicio de Salud, con base a las orientaciones de las distintas líneas programáticas, sólo requieren resolución de la Dirección de los Servicios de Salud correspondientes que establezca las actividades, metas, indicadores y medios de verificación. En este caso, se aplican las mismas consideraciones establecidas para la dependencia de administración municipal en cuanto a la necesidad de identificar los recursos y las acciones asociadas a éstos y, mecanismos de reliquidación.

Los mecanismos de pago vigentes son: pago prospectivo por prestación y presupuesto histórico.

El pago prospectivo por prestación está vinculado a Programas de Salud, aprobados por Resolución ministerial, y a las respectivas resoluciones del Director del Servicio de Salud respectivo enmarcadas en el Programa citado, que debe contemplar en general, objetivos, metas, prestaciones, establecimientos involucrados, indicadores y medios de verificación.

Se contemplan también, presupuestos históricos de Atención Primaria que sustentan parte de las acciones de nivel primario de los establecimientos dependientes.

Otros aportes fiscales a la salud primaria

Tales recursos con cargo a aporte fiscal, se encuentran determinados en la Ley de Presupuestos del Sector Público en la partida 16 y se describen a seguir:

a) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Capítulo 10, programa 01. Programa campaña de invierno.

En función de refuerzo asistencial estacional para las atenciones de salud en toda la Red Asistencial, se establece el "Programa Campaña de Invierno". Esta estrategia procura enfrentar en la red asistencial las infecciones respiratorias agudas (IRA), las que constituyendo un problema epidemiológico nacional que afecta a un número importante de la población durante todo el año, pero que en un determinado momento del mismo, caracterizado por un conjunto de variables: exposición a contaminantes, frío, humedad y virus circulantes, donde las enfermedades adquieren un carácter epidémico que determina gran impacto en mortalidad y morbilidad, requiere de refuerzo asistencial estacional y campaña de comunicación social para educación a la comunidad. Estos aportes se focalizan preferentemente en menores de un año y en los mayores de 65 años, que son los grupos biológicamente más vulnerables; su suma alcanza a M\$ 2.168.357, donde se podrá considerar asignación de recursos a los establecimientos de la Atención Primaria.

b) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Capítulo 10, programa 01. Protección Social.

Se establece el Programa de Apoyo al Recién Nacido, destinado a mejorar las condiciones de atención y cuidado para el desarrollo infantil; así como también, a fomentar la instalación de interacciones y relaciones de apego seguro entre los padres, madres, cuidadoras(es) y sus hijos o hijas en establecimientos de Atención Primaria y también en Hospitales. Este Programa asciende a M\$ 15.069.679 el año 2019.

c) Subsecretaría de Redes Asistenciales. Capítulo 10, programa 02. Inversión sectorial de salud:

Se consideran, asimismo, recursos contemplados para inversiones de financiamiento sectorial. Se relaciona con el financiamiento de obras civiles y equipamientos para nuevos consultorios y postas de salud rural y sus reposiciones. Este programa contempla glosa 01 en la Ley de Presupuestos que señala que el Ministerio de Salud debe informar trimestralmente a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, el avance de la ejecución del mismo, desglosado por Servicio de Salud y Comuna.

d) Subsecretaría de Salud Pública. Bienes meritorios.

Para los bienes de salud pública se consideran recursos señalados en la Partida 16, Capítulo 09, Programa 01, considerando entre ellos, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).

En este mismo Capítulo, se considera el Subtítulo de gasto de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, Sub título 24 ítem 03 299, Programas Especiales Atención Primaria, que contempla los recursos destinados a financiar acciones y actividades de Promoción en la Atención Primaria de Salud, quedando de esta manera tales iniciativas acogidas en el ámbito de la salud pública⁵.

Regulaciones de control financiero y recomendaciones para comprar medicamentos e insumos de manera eficiente

A través de CENABAST:

La forma habitual de compra de medicamentos e insumos con directrices de política sectorial de salud, en especial aquellos asociados a GES en la Atención Primaria de Salud, es a través de la CENABAST, mediante la agregación de demanda, producto de la programación efectuada por los Servicios de Salud para todas las dependencias en su territorio, incluso las de administración municipal que se plasma en el Programa Ministerial de Atención Primaria; en éste se encuentran las líneas vinculadas a GES: salud cardiovascular con insulina y jeringas; Respiratorios con aero cámaras, salbutamol y antibióticos de uso en Atención Primaria, Parkinson, Artrosis, Epilepsia, e insumos y medicamentos para regulación de la fertilidad y paternidad responsable y presbicia, vinculados al Régimen General de Garantías en Salud (RGGS).

La base es la programación que implica agregación de demanda, efectuada por los Servicios de Salud el año anterior, con esa información que también es revisada por la División de Atención Primaria (DIVAP) y de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias, mediante licitaciones efectuada por CENABAST, se compran medicamentos e insumos, que conforme modelo vigente, son entregados por los proveedores a los distintos centros. La ventaja son los precios que se pueden obtener a través de esta intermediación, no obstante, es posible como en años anteriores, que el quiebre de entrega de medicamentos e insumos, avisado con poca anticipación pudiera introducir riesgo para el aseguramiento de la disponibilidad de medicamentos e insumos. Legalmente, cuando se produce quiebre en provisión, se debe recurrir a Convenio Marco y en secuencia, se propone convenio de suministro; en ese contexto se detallan a seguir tales opciones:

⁵ Además, contempla la glosa 06 asociada a este programa, que señala que: "antes del 31 de marzo de 2019 la subsecretaría de salud pública deberá enviar a la comisión especial mixta de presupuestos un informe en el que se indique el detalle de los programas comunales y programa elige vivir sano, y el instrumento mediante el cual se han aprobado formalmente. Además, se deberá informar la manera en que se define la asignación de los recursos reservados para ellos, los criterios de distribución y las metas y mecanismos de evaluación definidos para el periodo 2019.

Otras Vías de Agregación de Demanda:

Existe la posibilidad como alternativa administrativa la realización de procesos conjuntos de compras en el territorio, con la participación de los Servicios de Salud y los Municipios, con previo acuerdo de negociación entre las partes. Así, la gestión administrativa de los recursos se inscribe en el marco del convenio suscrito. Es una acción que debe ser gestionada por los Municipios, no obstante, existen variadas estrategias de coordinación territorial que pueden ser apoyadas desde los Servicios de Salud, para alcanzar la “agregación de demanda”:

Los Municipios se pueden asociar y generar opciones para la licitación conjunta de acciones de compra de medicamentos e insumos:

- a. Los Municipios pueden mandar a efecto de la llamada de licitación, al Servicio de Salud respectivo, sin embargo, debe quedar claramente establecido en dicha convocatoria, el RUT de los mandantes, y, que la facturación y pagos correspondientes se harán efectivos por el o los Municipios que han otorgado mandato, no involucrándose el Servicio de Salud correspondiente en ninguna de estas acciones. Esta misma opción puede ser señalada en convenios de común acuerdo con los Municipios, dando cuenta del objeto y de los montos a transferir, agregando la cláusula en la que la Municipalidad mandata al Servicio de Salud correspondiente, para elaborar bases, licitar, adjudicar y contratar en su nombre, estableciéndose que la factura debe emitirse a nombre del Municipio, quien en definitiva paga dentro del plazo señalado en las bases y el contrato respectivo.

A Través de Convenio Marco:

La siguiente sección trata de orientar a los eventuales compradores, Municipios y/o Servicios de Salud, en potenciar las herramientas disponibles en Convenio Marco.

El precio catalogado en los convenios marco, es el precio ofertado por el proveedor, desconociendo la cantidad que les será adquirida y corresponde al valor unitario, el cual puede considerar un monto mínimo para despacho y/o aceptación de la orden de compra por parte del proveedor dependiendo del convenio y de la oferta.

Para optimizar los precios el comprador puede realizar las siguientes acciones:

- a. Solicitar Oferta Especial a los proveedores las cuales son activadas por un plazo acotado, y quedan disponibles para cualquier organismo público. Por ejemplo, si se quiere comprar claritromicina, el Municipio puede comunicarse con el proveedor del convenio marco y solicitar una oferta especial, la que el mismo proveedor coloca el precio (oferta) desde el catálogo electrónico; dicha oferta dura un mínimo de 3 días y puede ser utilizada por cualquier otra Comuna.
- b. En caso de requerir compras por montos mayores a 1.000 UTM, se activa un Proceso de Gran Compra, donde son notificados todos los proveedores del Convenio Marco electrónicamente, pudiendo ofertar un valor especial y en el que se pueden incluir condiciones comerciales particulares declaradas en la intención de Gran Compra. En este caso, el proceso de compra debe considerar el plazo de publicación de la Intención de Compra, el cual es de un mínimo de 10 días corridos.
- c. En caso de no contar con el medicamento y/o insumo, es posible solicitar a los proveedores la subida de los productos al catálogo del Convenio Marco, de acuerdo a las condiciones declaradas en las Bases de Licitación.

A Través de Convenio de Suministro:

Como una manera de fortalecer la coordinación de las diferentes acciones de Salud en un territorio específico del país, se propone comprar diferentes fármacos e insumos del determinado por el Programa Ministerial, siendo la propuesta elaborar y colocar a disposición de los Servicios de Salud y de los Municipios que lo requieran, las bases administrativas de un contrato Tipo de suministro de productos.

Así, los Servicios y/o Municipios, o conjunto de ellos, que mandaten a otro, podrán convocar a licitación con la idea de suscribir contrato de suministros de diferentes medicamentos e insumos, con pedidos y entregas diferidas, según necesidades mensuales.

Dicho contrato debiera estar considerado sin reajustes ni intereses, siendo sus montos fijados por los proponentes, considerando la asignación definida por el Programa, incluyendo los impuestos, permisos para circular y traslados hasta los Servicios de Salud correspondientes.

Los oferentes deberán realizar sus ofertas en el portal www.mercadopublico.cl en Valor Neto, expresado en peso chileno y debe contemplar el precio Unitario Referencial o presupuesto disponible para la compra de medicamentos e insumos dispuestos por el Programa.

Los oferentes podrán realizar sus ofertas por una 1 o más líneas y se podrá adjudicar a uno o más oferentes, y se deberá considerar plazo entrega de los productos, siendo la mejor opción un plazo menor o igual a 2 días. El pago se efectuará en conformidad a lo establecido en las respectivas bases administrativas con cargo a los recursos del Programa.

REGULACIONES DE CONTROL DE RECURSOS FINANCIEROS

El Dictamen N° 19.326 de Abril de 2013, de la Contraloría General de la República (CGR), enfatiza y recuerda las regulaciones vigentes en el uso de recursos destinados a la Atención Primaria de Salud de administración Municipal, esto releva los siguientes aspectos:

- Los convenios entre el Servicio de Salud y el Municipio, deben incluir la obligación del reintegro.
- El Municipio debe restituir los fondos que no hayan sido invertidos en los objetivos del Convenio, dentro del período establecido para la ejecución del programa del caso.
- El Servicio de Salud otorgante de los recursos, tiene el deber de requerir el reintegro en forma documental y oficial.
- El reintegro debe ser efectuado, aunque no se haya contemplado expresamente en los convenios suscritos por las partes.
- Los Servicios de Salud deben reintegrar a su vez, tales recursos al FONASA y éste a las arcas fiscales (DIPRES/Ministerio de Hacienda).

La Contraloría General de la República (CGR) señala que eventualmente y contemplando la situación con convenios vigentes, que es posible estipular expresa y excepcionalmente en éstos, la posibilidad de que los saldos de recursos provenientes de los mismos (si es que eventualmente ocurriese), sean utilizados únicamente en convenios destinados a dar continuidad a los mismos programas de salud, como se detalla a seguir:

- Mismo programa de salud
- Mismo objetivo
- No aplica reasignación entre programas
- Fundamentar situación

RENDICIÓN DE CUENTAS

Resolución N° 30 de 11/03/2015 de Contraloría General de la República (la N° 759 de 3003 fue derogada).

Definición y alcance:

Todo funcionario, como asimismo toda persona o entidad que custodie, administre, recaude, reciba, invierta o pague fondos del Fisco, de las Municipalidades y de otros servicios o entidades sometidas a la fiscalización de la Contraloría General (CGR), están obligados a rendir a ésta, las cuentas comprobadas de su manejo en la forma y plazos legales.

En caso de no presentar el estado de la cuenta de los valores que tenga a su cargo, debidamente documentado, a requerimiento del Órgano Contralor, se presumirá que ha cometido sustracción de tales valores.

Modalidad de fiscalización:

- Cuentas rendidas y/o examinadas directamente en la sede de la Unidad Operativa.
- Acceso a la documentación en forma remota por vía electrónica.
- Verificación en terreno.

Responsables de preparación de rendición:

Las Unidades Operativas de los Servicios Públicos deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al mes que corresponda.

Rendición de cuentas:

Informes que incluyen comprobantes de ingreso, egreso y traspaso, acompañados de la documentación en que se fundamentan, originados de sus sistemas de información.

La rendición de cuentas deberá permanecer en la sede de la Unidad Operativa correspondiente.

En el ámbito municipal, la rendición de cuentas la efectuará la respectiva Unidad de Administración y Finanzas, de conformidad con el artículo 27, letra b), N° 6, de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

Documentación de la rendición de cuentas:

Los comprobantes de ingresos con la documentación auténtica o la relación y ubicación de ésta cuando proceda, que justifique los ingresos percibidos por cualquier concepto, los que deben ser mantenidos con el Ejecutor;

Los comprobantes de egresos con la documentación auténtica o la relación y ubicación de ésta cuando proceda, que acrediten todos los desembolsos realizados;

Los comprobantes de traspasos con la documentación auténtica o la relación y ubicación de ésta cuando proceda, que demuestren las operaciones contables que no corresponden a ingresos y gastos efectivos;

Los registros a que se refiere la Ley N° 19.862, cuando corresponda, que establece Registros de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos.

Los informes mensuales de Variaciones de la Gestión Financiera remitido al nivel institucional respectivo y/o a la Contraloría General.

Documentación de rendición de cuentas en soporte de papel.

Documentación de cuentas en soporte de papel se considerará auténtico sólo el documento original.

En casos calificados por la Contraloría General, podrán aceptarse en subsidio de aquellos, copias o fotocopias debidamente autenticadas por el ministro de fe o el funcionario autorizado para ello.

Documentación de cuentas en soporte electrónico o en formato digital.

Cuando los documentos en soporte de papel se conviertan a formato digital, éste se considerará copia de aquellos.

En situaciones calificadas por la Contraloría General, el documento digitalizado podrá aceptarse en subsidio del original, en la medida que se encuentre debidamente autenticado por el ministro de fe respectivo o el funcionario autorizado para ello, a lo menos, mediante firma electrónica a firme.

El informe de rendición de cuentas siempre deberá contar con firma electrónica avanzada.

Documentación auténtica de cuentas en soporte electrónico.

Cuando se trate de representaciones impresas de documentos electrónicos, éstas deberán contener un mecanismo que permita verificar su integridad y autenticidad.

Expediente de documentación de cuentas.

Serie ordenada de documentos en soporte de papel o electrónico, que acredita las operaciones informadas, correspondientes a una rendición específica.

Deberá estar disponible para el fiscalizador de Contraloría General para su examen, de acuerdo con lo dispuesto en la ley N°10.336.

La recepción de las cuentas se registrará por lo dispuesto en el reglamento que fija las normas que regulan las auditorías efectuadas por la Contraloría General y, la circunstancia de que el expediente de cuentas en soporte de papel, electrónico o en formato digital se encuentre a disposición de la Contraloría General, no implicará que ella se haya recibido.

Sólo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas, los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia.

En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas, gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos.

Entrega de nuevos fondos.

Los servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, cuando la rendición no se haya hecho efectiva.

En casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante, se podrá hacer traspaso de más recursos.

Disponibilidad de rendiciones.

Las Rendiciones de cuentas deberán conformarse y mantenerse a disposición de la CGR, en la sede central del Servicio respectivo o en las sedes de las Unidades Operativas de éstos.

Los organismos públicos deberán adoptar los resguardos convencionales o de otro tipo que garanticen a la Contraloría General el libre acceso y un completo examen debidamente documentado de las cuentas.

En el ámbito municipal, la rendición de cuentas la efectuará la respectiva Unidad de Administración y Finanzas, de conformidad con el artículo 27, letra b), N° 6, de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

Rendición de cuentas de organismos públicos a la Contraloría General de la República.

Los Servicios deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple.

Utilizarán el formato tipo y el sistema de almacenamiento que la Contraloría General ponga a su disposición.

Transferencias al sector privado.

La transferencia efectuada se acreditará con el comprobante de ingreso de la entidad que recibe el aporte, firmado por la persona que la percibe, el que deberá especificar el origen de los caudales recibidos.

Las Unidades Operativas otorgantes serán responsables de:

- Exigir rendición de cuentas de los fondos entregados a las personas o instituciones del sector privado.
- Proceder a su revisión para determinar la correcta inversión de los fondos concedidos y el cumplimiento de los objetivos pactados.
- Mantener los antecedentes relativos a la rendición de cuentas de las señaladas transferencias.

Entrega de nuevos fondos.

Los Servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de los fondos ya entregados.

Responsabilidades.

Los Jefes de Servicio y de las Unidades Operativas serán directamente responsables de la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en su unidad, así como también de la oportuna rendición de cuentas.

Financiamiento local a la atención primaria de salud municipal

Se debe destacar como fuente de financiamiento, a la salud primaria de administración municipal, los aportes propios que establece cada Comuna para atender a las necesidades de salud de la población a cargo, en forma complementaria a los aportes estatales señalados anteriormente.

