

NAA / FGN / MSV / ctz.

**ORIGINAL**  
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 941 /

LA SERENA,

7 MAR. 2019

Int. N°11

**VISTOS:**

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N°1.600/08 y 30/15 ambas de la Contraloría General de la República y Decreto Exento N°102 de fecha 06 de junio de 2018 del Ministerio de Salud; y

**CONSIDERANDO:**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1276 del 28 de diciembre de 2018**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante de este convenio, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para la ejecución del Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (FOFAR)**, han sido aprobados mediante **Resolución Exenta N° 150 del 12 febrero de 2019**; dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°. - **APRUEBASE** el convenio de fecha 25.02.2019 suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, representada por su Alcalde **D. CARLOS FLORES GONZALEZ** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director (S) **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, relativo al Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud 2019, según se detalla en el presente instrumento.

**CONVENIO**

**PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2019**

En La Serena a .....25.02.2019....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director(S) **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N° 795, La Serena, personería jurídica según Decreto Supremo N° 102, de fecha 6 de Junio del 2018, en adelante el Servicio o el Servicio de Salud, indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida La Paz N° 02, La Higuera, representada por su Alcalde (S) **D. CARLOS FLORES GONZALEZ** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N° 2606, de **10 de septiembre, 2018**, en adelante la Municipalidad o el Municipio, indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 4° del Decreto Supremo N° 84 del 2018 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 de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, en Centros de Salud de Atención Primaria Municipal, con el objeto de Contribuir a la entrega de servicios de salud accesibles y oportunos a la población beneficiaria a cargo de la Atención Primaria mejorando el acceso y la disponibilidad de medicamentos a las personas y familias afectadas por enfermedades no transmisibles con prioridad en problemas de salud cardiovascular, de manera de potenciar, la oportunidad y calidad técnica, en las atenciones de salud, de forma integral y con un enfoque de salud familiar y específica.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1276 del 28 de diciembre de 2018**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante de este convenio, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para la ejecución del Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (FOFAR)**, han sido aprobados mediante **Resolución Exenta N° 150 del 12 febrero de 2019**.



**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos/estrategias del Programa FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las siguientes estrategias del Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud:

Subcomponente 1: Entrega de Medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.

A) Apoyar en la disponibilidad de medicamentos para el control de las patologías de riesgo cardiovascular incorporadas en el programa, garantizando la entrega completa y oportuna a los usuarios beneficiarios con prioridad en las enfermedades de riesgo cardiovascular (Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus tipo 2 y Dislipidemias). Para ello, el FOFAR considera apoyo en la compra de medicamentos para la población bajo control (PBC), en los establecimientos de atención primaria, teniendo como referencia la definición de los mismos establecida en la respectiva canasta GES, arsenales farmacológicos de cada Servicio de Salud y en las normas técnicas de Dislipidemia. (Tabla N°1)

Tabla N°1: Listado de medicamentos financiables por FOFAR.

Patología	Fármaco (Principio Activo)	Forma Farmacéutica	Presentación
DIABETES MELLITUS TIPO 2	ACIDO ACETILSALICILICO	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
HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIO ESENCIAL	ACIDO ACETILSALICILICO	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
	LOSARTAN	COMPRIMIDO	50 MG
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG

Se podrán incluir fármacos adicionales a los contenidos en el listado, siempre y cuando su inclusión esté aprobada por el comité de farmacia y terapéutica del Servicio de Salud, quien deberá contar con stock de seguridad para el producto nuevo, para cubrir a toda su red y no como estrategias pilotos aisladas. Además, su inclusión deberá ser adecuadamente justificada en cuanto a las ventajas terapéuticas frente a lo que exista.

Por otro lado, los medicamentos eliminados del convenio del año 2018, entre los que se encuentran: Nifedipino Retard 20 mg comprimido, Nitrendipino 20 mg comprimido, Lovastatina 20 mg comprimido, Atorvastatina 10 mg comprimido, Enalapril 20 mg comprimido, Propranolol 40 mg comprimido y Atenolol 100 mg comprimido, podrán incluirse en las rendiciones financieras de la ejecución de los fondos traspasados.

A través del programa se apoya en el financiamiento de Metformina de lib. Prolongada (XR) 1000 mg considerada al 5% de la población bajo control con DM2 según el REM. Los criterios de indicación, buscando un uso racional al ser de alto costo, serán:

Usuarios que continúan con intolerancia gastrointestinal a pesar de implementar estas 4 medidas con Metformina convencional:

- Iniciar tratamiento con dosis entre 500-850 mg diarios por 2 a 4 semanas.

- Indicar el uso DURANTE las comidas.

- Educar en la importancia de la adherencia al tratamiento.

- Explicar los efectos iniciales del uso de este medicamento.

Para acreditar la real intolerancia, será necesario que el encargado de Farmacovigilancia del centro vele por la adecuada notificación de la Reacción Adversa al Medicamento (RAM) en la plataforma correspondiente del ISP, indicando la marca del fármaco y el fracaso de la implementación de las medidas anteriores.

Dar prioridad a personas mayores y otros usuarios de cuidado que requieran medidas para facilitar la adherencia terapéutica.

B) Apoyar en la disponibilidad de dispositivos médicos para la curación avanzada de úlceras venosas y de pie diabético. El programa apoya en el acceso a dispositivos médicos que permitan realizar curaciones avanzadas en úlceras de extremidades inferiores, las cuales generalmente ocurren como consecuencia de la Diabetes mellitus tipo 2 o patologías vasculares. Los recursos aportados para la adquisición de dispositivos médicos, enmarcados en la Tabla N° 2 y 3, permitirán evitar complicaciones tan severas como las amputaciones, con las consiguientes implicancias que ello tiene para la calidad de vida de los pacientes e incremento de costos en el sistema sanitario. En relación a los dispositivos médicos descritos, que se detallarán más adelante, se pueden desglosar en los siguientes puntos:

- El programa FOFAR es un complemento y los recursos están destinados a cubrir el 21% de la PBC con ulcera activa.

- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de ulcera de pie diabético no infectado estos comprenden 32 curaciones y representan al 85% del total de los pacientes que ingresan.

- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de ulcera de pie diabético infectado estos comprenden 10 curaciones que corresponde aproximadamente al 15 % de los ingresos a curaciones de pie diabético.

- Se debe recordar que cuando un paciente tiene el diagnóstico de infección de ulcera de pie diabético requerirá uso de dispositivos de canasta de curación de pie diabético infectado, pudiendo utilizar, después del control de la infección, la canasta de ulcera de pie diabética no infectada.



Tabla N°2: Listado de Insumos Pie Diabético Infectado.

Glosa	Frecuencia de uso por canasta curaciones	32 (Cantidad)
<b>Apósito Primario (Bacteriostáticos)</b>		
DACC lámina	6.5	
PHMB Rollo	1	
Apósito de Ringer + PHMB	6.5	
<b>Apósito Primario (Absorbentes)</b>		
Espuma Hidrofilica con Silicona 10x10	3	
Alginato 10 x 10 cm	3	
Carboximetilcelulosa 10 x10 cm	3	
<b>Apósito Primario (Hidratantes)</b>		
Tull de silicona 10x10	3	
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm	3	
Hidrogel 15 g	1	
Gel con Ácido Hialuronico + Zinc 30gr	1	
Gel con Polihexanida con Betaina	1	
Ácido Fusídico	1.5	
<b>Apósito Primario (Regenerativos)</b>		
Colágeno	0.5	
Inhibidor de la Metaloproteasa	0.5	
<b>Otros Insumos</b>		
Espuma limpiadora de piel	1 botella (10 cc por curación)	
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts	32	
Protector Cutáneo Spray	1 botella por canasta (Botellas de 28 cc 1.4 cc por curación, en 12 curaciones)	
Lubricante Cutáneo	1 botella (2.5 cc por curación en 20 curaciones)	
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	1	
Curetas 3 mm o 4 mm	5	

Tabla N°3: Listado de Insumos Pie Diabético No Inyectado.

Glosa	Frecuencia de uso por canasta curaciones	10 Cantidad
<b>Apósito Primario (Bactericidas)</b>		
Plata Nanocristalina 10 cm x10 cm	2	
Espuma Hidrofilica con Plata 10 cm x10 cm	2	
Carboximetilcelulosa con Plata 10 x10 cm	2	
Alginato con Plata 10 x10 cm	2	
Tull con Plata	2	
Hidrogel Con Plata 15 g	1 tubo por canasta (3 gramos por curación solo en aprox. 4 curaciones de las 10)	
<b>Otros Insumos</b>		
Espuma limpiadora de piel	0.5 botella por canasta	
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts	10	
Protector Cutáneo Spray	0.5 botella por canasta	
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	0.5 botella por canasta	
Curetas 3 mm o 4 mm	10	

Además de los insumos descritos se consideran ayudas técnicas de descarga según prevalencia del tipo de úlcera de su centro (antepie, retropié, dorso). Los tipos de úlcera y la ayuda técnica indicada es:

Tipo de Úlcera	Ayuda Técnica Indicada
Úlcera de planta antepie	Ayuda técnica de descarga de alto o bajo perfil (caña), con balancín y sin contacto del tercio anterior de la planta del pie con el suelo. Con suela gruesa de goma EVA rígida con balancín retrocapital, cierre anterior de velcros, doble malla superior, forro de terciopelo, plantilla de goma EVA extraíble, debe permitir la dorsiflexión de tobillo o tobillo en neutro, evitando el equino.
Úlcera plantar retropié	Ayuda técnica de descarga con especificaciones del anterior pero esta vez con alivio en la zona del talón.
Úlcera Dorsal	Ayuda técnica de descarga que deje liberada por dorsal la zona de lesión.

Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos.

A) Apoyar en el financiamiento, conforme a las brechas existentes, de la contratación de personal de farmacia (profesionales Químicos Farmacéuticos, Técnicos de Nivel Superior de Farmacia, o Auxiliares Paramédicos de Farmacia), para realizar las actividades de gestión farmacéutica y de atención farmacéutica en los casos que corresponda y de acuerdo al nivel de contratación (Tabla N°4).

Tabla N°4: Recurso Humano asignado por el programa.

Tipo de Recurso Humano	Establecimiento	Cantidad	Horas Semanales
TENS o Auxiliar Paramédico de Farmacia	CESFAM La Higuera	1	44

Para efectos de asegurar la entrega de medicamentos y la respuesta oportuna a los reclamos, el recurso aportado de Técnicos de Nivel Superior de Farmacia o Auxiliar Paramédico de Farmacia, deberá cumplir funciones de almacenamiento, despacho, registro y toda otra actividad asociada a la unidad de Farmacia o Botiquín. Estos funcionarios no podrán ser destinados a otras funciones.



**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual, única y total de **\$ 16.979.721 (DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIÚN PESOS)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, distribuidos de la siguiente forma (distribución por ítem):

Subcomponente N° 1: Población que se atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.		Subcomponente N° 2: Servicios Farmacéuticos	Presupuesto Anual Total Convenio (\$)
Medicamentos (\$)	Insumos y Dispositivos Médicos para Curación Avanzada de Pie Diabético (\$)	RRHH (\$)	
\$ 10.184.591	\$ 341.194	\$ 6.453.936	<b>\$ 16.979.721</b>

**QUINTA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos:

- Otorgar acceso oportuno a la población a medicamentos definidos en el arsenal básico del Servicio de Salud en Atención Primaria de Salud para enfermedades no transmisibles, con prioridad en problemas de salud cardiovascular.
- Fortalecer la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud y de los Servicios de Salud, que permitan la provisión y almacenamiento racional y oportuna de medicamentos.

**SEXTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- La segunda, corresponderá a un máximo del 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula octava.

**SÉPTIMA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa.

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	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	<b>Indicador N° 1:</b> Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedad no transmisible en los establecimientos de atención primaria.	<b>Meta 1.</b> 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno.	<b>40%</b>
		<b>Indicador N° 2:</b> Porcentaje de Reclamo de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), antes de 24 horas hábiles.	<b>Meta 2.</b> 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, siguientes a la formulación del reclamo.	<b>25%</b>
	Subcomponente N° 2: Servicios Farmacéuticos	<b>Indicador N° 3:</b> Porcentaje de establecimientos con Merma de medicamentos menor a la línea base nacional.	<b>Meta 3.</b> 100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores el establecido para el Servicio de Salud.	<b>10%</b>
		<b>Indicador N° 4:</b> Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento	<b>Meta 4.</b> 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia.	<b>25%</b>
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>				<b>100%</b>

Para efectos de monitoreo, se hará seguimiento de los siguientes indicadores no sujetos a reliquidación:

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

- Numerador: Número de beneficiarios que reciben despacho oportuno.
- Denominador: Total de beneficiarios del programa.
- Medio de verificación: Reporte Tablero de Mando Fondo de Farmacia.
- 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.

**Indicador N° 6:** Porcentaje de servicios de salud que cumplen el stock crítico (incluye aquellos que tienen convenios externos de dispensación).

- Numerador: Número de servicios de salud que cumplen el stock crítico - incluye aquellos que tienen convenios externos de dispensación.
- Denominador: Número total de servicios de salud.
- Medio de verificación: Consulta a cada servicio de salud.
- Meta 6: 100% de los servicios de salud cumplen con el stock crítico de los medicamentos del programa.

**Indicador N° 7:** Porcentaje de establecimientos de la red con adherencia asociada al retiro de farmacia mayor al 80%.

- Numerador: Número de establecimientos con adherencia asociada al retiro de farmacia mayor al 80%.
- Denominador: Total de establecimientos de atención primaria.
- Medios de verificación: Reporte Tablero de Mando Fondo de Farmacia.
- Meta 7: 100% de los establecimientos reporta adherencia asociada al retiro de farmacia mayor al 80%.



**OCTAVA:** El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, lo que se realizará **3 veces en el año**, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes períodos:

- a. El primero de ellos al **30 de marzo**, a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente.
- b. El segundo al **31 de agosto**. De acuerdo con los **resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación** de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

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

- c. El tercero y final al 31 de diciembre de 2019, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones y del Plan de Apoyo, **según las metas comprometidas por cada establecimiento**.

El Municipio se compromete, en el caso de los establecimientos que poseen SIDRA, a llevar una usabilidad plena del sistema informático con el objeto tener indicadores del programa fiables. Por otro lado, para el caso de los establecimientos que no cuentan con una solución informática validada por MINSAL, estos deben llevar y mantener actualizados los registros a través de la plataforma WEBFOFAR.

El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

El Servicio, requerirá a la municipalidad, 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 una constante supervisión, control y evaluación del mismo

**NOVENA:** La Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente convenio, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

El Servicio, requerirá a la municipalidad, 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 una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**DÉCIMA:** El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

**DÉCIMA PRIMERA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7º de la Ley N° 21.053.

En caso de que el programa tenga continuidad, este incumplimiento será considerado en la determinación de los fondos asignados para el año siguiente.

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

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2019. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero de 2019 por razones de buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N°11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para la población beneficiaria del programa.

Las partes acuerdan que el presente contrato de prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud.

Firmas Ilegibles.

**D. CARLOS FLORES GONZALEZ**  
ALCALDE (S)  
I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA

**D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**  
DIRECTOR (S)  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO



2º.- **IMPUTESE**, el gasto que irroge el presente convenio al Ítem N° 24 – 03 – 298 "Atención Primaria, Ley 19.378", del presupuesto del Servicio de Salud Coquimbo

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**

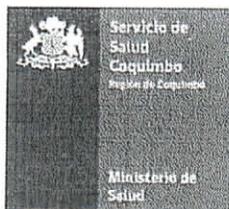


**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Apoyo Clínico y Diagnostico  
Av.Francisco de Aguirre # 795 La Serena  
Telefono : (51) 2333763 - 513763





## CONVENIO

### PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2019

En La Serena a ..... **25 FEB. 2019** ....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director(S) **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N° 795, La Serena, personería jurídica según Decreto Supremo N° 102, de fecha 6 de Junio del 2018, en adelante el Servicio o el Servicio de Salud, indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida La Paz N° 02, La Higuera, representada por su Alcalde (S) **D. CARLOS FLORES GONZALEZ** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N° 2606, de **10 de septiembre, 2018**, en adelante la Municipalidad o el Municipio, indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 4° del Decreto Supremo N° 84 del 2018 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 de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, en Centros de Salud de Atención Primaria Municipal, con el objeto de Contribuir a la entrega de servicios de salud accesibles y oportunos a la población beneficiaria a cargo de la Atención Primaria mejorando el acceso y la disponibilidad de medicamentos a las personas y familias afectadas por enfermedades no transmisibles con prioridad en problemas de salud cardiovascular, de manera de potenciar, la oportunidad y calidad técnica, en las atenciones de salud, de forma integral y con un enfoque de salud familiar y específica.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1276 del 28 de diciembre de 2018**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante de este convenio, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para la ejecución del Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (FOFAR)**, han sido aprobados mediante **Resolución Exenta N° 150 del 12 febrero de 2019**.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos/estrategias del Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:**

*[Handwritten signature]* 1



El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las siguientes estrategias del Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud:

Subcomponente 1: Entrega de Medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia.

A) Apoyar en la disponibilidad de medicamentos para el control de las patologías de riesgo cardiovascular incorporadas en el programa, garantizando la entrega completa y oportuna a los usuarios beneficiarios con prioridad en las enfermedades de riesgo cardiovascular (Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus tipo 2 y Dislipidemias). Para ello, el FOFAR considera apoyo en la compra de medicamentos para la población bajo control (PBC), en los establecimientos de atención primaria, teniendo como referencia la definición de los mismos establecida en la respectiva canasta GES, arsenales farmacológicos de cada Servicio de Salud y en las normas técnicas de Dislipidemia. (Tabla N°1)

Tabla N°1: Listado de medicamentos financiables por FOFAR.

Patología	Fármaco (Principio Activo)	Forma Farmacéutica	Presentación
DIABETES MELLITUS TIPO 2	ACIDO ACETILSALICILICO	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
HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL	ACIDO ACETILSALICILICO	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
	LOSARTAN	COMPRIMIDO	50 MG
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA	COMPRIMIDO	20 MG

Se podrán incluir fármacos adicionales a los contenidos en el listado, siempre y cuando su inclusión esté aprobada por el comité de farmacia y terapéutica del Servicio de Salud, quien deberá contar con stock de seguridad para el producto nuevo, para cubrir a toda su red y no



como estrategias pilotos aisladas. Además, su inclusión deberá ser adecuadamente justificada en cuanto a las ventajas terapéuticas frente a lo que exista.

Por otro lado, los medicamentos eliminados del convenio del año 2018, entre los que se encuentran: Nifedipino Retard 20 mg comprimido, Nitrendipino 20 mg comprimido, Lovastatina 20 mg comprimido, Atorvastatina 10 mg comprimido, Enalapril 20 mg comprimido, Propranolol 40 mg comprimido y Atenolol 100 mg comprimido, podrán incluirse en las rendiciones financieras de la ejecución de los fondos traspasados.

A través del programa se apoya en el financiamiento de Metformina de lib. Prolongada (XR) 1000 mg considerada al 5% de la población bajo control con DM2 según el REM. Los criterios de indicación, buscando un uso racional al ser de alto costo, serán:

Usuarios que continúan con intolerancia gastrointestinal a pesar de implementar estas 4 medidas con Metformina convencional:

- Iniciar tratamiento con dosis entre 500-850 mg diarios por 2 a 4 semanas.
- Indicar el uso DURANTE las comidas.
- Educar en la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Explicar los efectos iniciales del uso de este medicamento.

Para acreditar la real intolerancia, será necesario que el encargado de Farmacovigilancia del centro vele por la adecuada notificación de la Reacción Adversa al Medicamento (RAM) en la plataforma correspondiente del ISP, indicando la marca del fármaco y el fracaso de la implementación de las medidas anteriores.

Dar prioridad a personas mayores y otros usuarios de cuidado que requieran medidas para facilitar la adherencia terapéutica.

B) Apoyar en la disponibilidad de dispositivos médicos para la curación avanzada de úlceras venosas y de pie diabético. El programa apoya en el acceso a dispositivos médicos que permitan realizar curaciones avanzadas en úlceras de extremidades inferiores, las cuales generalmente ocurren como consecuencia de la Diabetes mellitus tipo 2 o patologías vasculares. Los recursos aportados para la adquisición de dispositivos médicos, enmarcados en la Tabla N° 2 y 3, permitirán evitar complicaciones tan severas como las amputaciones, con las consiguientes implicancias que ello tiene para la calidad de vida de los pacientes e incremento de costos en el sistema sanitario. En relación a los dispositivos médicos descritos, que se detallarán más adelante, se pueden desglosar en los siguientes puntos:

- El programa FOFAR es un complemento y los recursos están destinados a cubrir el 21% de la PBC con úlcera activa.
- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de úlcera de pie diabético no infectado estos comprenden 32 curaciones y representan al 85% del total de los pacientes que ingresan.
- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de úlcera de pie diabético infectado estos comprenden 10 curaciones que corresponde aproximadamente al 15 % de los ingresos a curaciones de pie diabético.
- Se debe recordar que cuando un paciente tiene el diagnóstico de infección de úlcera de pie diabético requerirá uso de dispositivos de canasta de curación de pie diabético infectado, pudiendo utilizar, después del control de la infección, la canasta de úlcera de pie diabética no infectada.

3



Tabla N°2: Listado de Insumos Pie Diabético Infectado.

Glosa	Frecuencia de uso por canasta 32 curaciones (Cantidad)
<b>Apósito Primario (Bacteriostáticos)</b>	
DACC lámina	6.5
PHMB Rollo	1
Apósito de Ringer + PHMB	6.5
<b>Apósito Primario (Absorbentes)</b>	
Espuma Hidrofilica con Silicona 10x10	3
Alginato 10 x 10 cm	3
Carboximetilcelulosa 10 x10 cm	3
<b>Apósito Primario (Hidratantes)</b>	
Tull de silicona 10x10	3
Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm	3
Hidrogel 15 g	1
Gel con Ácido Hialuronico + Zinc 30gr	1
Gel con Polihexanida con Betaína	1
Ácido Fusídico	1.5
<b>Apósito Primario (Regenerativos)</b>	
Colágeno	0.5
Inhibidor de la Metaloproteasa	0.5
<b>Otros Insumos</b>	
Espuma limpiadora de piel	1 botella (10 cc por curación)
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts	32
Protector Cutáneo Spray	1 botella por canasta (Botellas de 28 cc 1.4 cc por curación, en 12 curaciones)
Lubricante Cutáneo	1 botella (2.5 cc por curación en 20 curaciones)
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaína 350 ml	1
Curetas 3 mm o 4 mm	5

Tabla N°3: Listado de Insumos Pie Diabético No Infectado.

Glosa	Frecuencia de uso por canasta 10 curaciones Cantidad
<b>Apósito Primario (Bactericidas)</b>	
Plata Nanocristalina 10 cm x10 cm	2
Espuma Hidrofilica con Plata 10 cm x10 cm	2
Carboximetilcelulosa con Plata 10 x10 cm	2
Alginato con Plata 10 x10 cm	2
Tull con Plata	2
Hidrogel Con Plata 15 g	1 tubo por canasta (3 gramos por curación solo en aprox. 4 curaciones de las 10)
<b>Otros Insumos</b>	
Espuma limpiadora de piel	0.5 botella por canasta
Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts	10
Protector Cutáneo Spray	0.5 botella por canasta
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaína 350 ml	0.5 botella por canasta
Curetas 3 mm o 4 mm	10

Además de los insumos descritos se consideran ayudas técnicas de descarga según prevalencia del tipo de úlcera de su centro (antepié, retropié, dorso). Los tipos de úlcera y la ayuda técnica indicada es:



Tipo de Úlcera	Ayuda Técnica Indicada
Úlcera de planta antepié	Ayuda técnica de descarga de alto o bajo perfil (caña), con balancín y sin contacto del tercio anterior de la planta del pie con el suelo. Con suela gruesa de goma EVA rígida con balancín retrocapital, cierre anterior de velcros, doble malla superior, forro de terciopelo, plantilla de goma EVA extraíble, debe permitir la dorsiflexión de tobillo o tobillo en neutro, evitando el equino.
Úlcera plantar retropié	Ayuda técnica de descarga con especificaciones del anterior pero esta vez con alivio en la zona del talón.
Úlcera Dorsal	Ayuda técnica de descarga que deje liberada por dorsal la zona de lesión.

Subcomponente 2: Servicios Farmacéuticos.

A) Apoyar en el financiamiento, conforme a las brechas existentes, de la contratación de personal de farmacia (profesionales Químicos Farmacéuticos, Técnicos de Nivel Superior de Farmacia, o Auxiliares Paramédicos de Farmacia), para realizar las actividades de gestión farmacéutica y de atención farmacéutica en los casos que corresponda y de acuerdo al nivel de contratación (Tabla N°4).

Tabla N°4: Recurso Humano asignado por el programa.

Tipo de Recurso Humano	Establecimiento	Cantidad	Horas Semanales
TENS o Auxiliar Paramédico de Farmacia	CESFAM La Higuera	1	44

Para efectos de asegurar la entrega de medicamentos y la respuesta oportuna a los reclamos, el recurso aportado de Técnicos de Nivel Superior de Farmacia o Auxiliar Paramédico de Farmacia, deberá cumplir funciones de almacenamiento, despacho, registro y toda otra actividad asociada a la unidad de Farmacia o Botiquín. Estos funcionarios no podrán ser destinados a otras funciones.

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual, única y total de **\$ 16.979.721 (DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIÚN PESOS)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, distribuidos de la siguiente forma (distribución por ítem):

Subcomponente N° 1: Población que se atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.		Subcomponente N° 2: Servicios Farmacéuticos	Presupuesto Anual Total Convenio (\$)
Medicamentos (\$)	Insumos y Dispositivos Médicos para Curación Avanzada de Pie Diabético (\$)	RRHH (\$)	
\$ 10.184.591	\$ 341.194	\$ 6.453.936	<b>\$ 16.979.721</b>

5



**QUINTA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos:

1. Otorgar acceso oportuno a la población a medicamentos definidos en el arsenal básico del Servicio de Salud en Atención Primaria de Salud para enfermedades no transmisibles, con prioridad en problemas de salud cardiovascular.

2. Fortalecer la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud y de los Servicios de Salud, que permitan la provisión y almacenamiento racional y oportuna de medicamentos.

**SEXTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.

b) La segunda, corresponderá a un máximo del 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula octava.

**SÉPTIMA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa.

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	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	<b>Subcomponente N° 1:</b> Entrega de Medicamentos, insumos, dispositivos médicos y actividades de apoyo a la adherencia	<b>Indicador N° 1:</b> Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedad no transmisible en los establecimientos de atención primaria.	<b>Meta 1.</b> 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno.	<b>40%</b>
		<b>Indicador N° 2:</b> Porcentaje de Reclamo de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), antes de 24 horas hábiles.	<b>Meta 2.</b> 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, siguientes a la formulación del reclamo.	<b>25%</b>
	<b>Subcomponente N° 2:</b> Servicios Farmacéuticos	<b>Indicador N° 3:</b> Porcentaje de establecimientos con Merma de medicamentos menor a la línea base nacional.	<b>Meta 3.</b> 100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores el establecido para el Servicio de Salud.	<b>10%</b>

*[Handwritten signature]*



	<b>Indicador N° 4:</b> Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento	<b>Meta 4.</b> 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia.	<b>25%</b>
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>			<b>100%</b>

Para efectos de monitoreo, se hará seguimiento de los siguientes indicadores no sujetos a reliquidación:

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

- Numerador: Número de beneficiarios que reciben despacho oportuno.
- Denominador: Total de beneficiarios del programa.
- Medio de verificación: Reporte Tablero de Mando Fondo de Farmacia.
- 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.

**Indicador N° 6:** Porcentaje de servicios de salud que cumplen el stock crítico (incluye aquellos que tienen convenios externos de dispensación).

- Numerador: Número de servicios de salud que cumplen el stock crítico - incluye aquellos que tienen convenios externos de dispensación.
- Denominador: Número total de servicios de salud.
- Medio de verificación: Consulta a cada servicio de salud.
- Meta 6: 100% de los servicios de salud cumplen con el stock crítico de los medicamentos del programa.

**Indicador N° 7:** Porcentaje de establecimientos de la red con adherencia asociada al retiro de farmacia mayor al 80%.

- Numerador: Número de establecimientos con adherencia asociada al retiro de farmacia mayor al 80%.
- Denominador: Total de establecimientos de atención primaria.
- Medios de verificación: Reporte Tablero de Mando Fondo de Farmacia.
- Meta 7: 100% de los establecimientos reporta adherencia asociada al retiro de farmacia mayor al 80%.

**OCTAVA:** El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa **FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**, lo que se realizará **3 veces en el año**, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes períodos:

- El primero de ellos al **30 de marzo**, a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente.
- El segundo al **31 de agosto**. De acuerdo con los **resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación** de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

*[Handwritten signature]*

7



Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

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

c. El tercero y final al 31 de diciembre de 2019, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones y del Plan de Apoyo, **según las metas comprometidas por cada establecimiento.**

El Municipio se compromete, en el caso de los establecimientos que poseen SIDRA, a llevar una usabilidad plena del sistema informático con el objeto tener indicadores del programa fiables. Por otro lado, para el caso de los establecimientos que no cuentan con una solución informática validada por MINSAL, estos deben llevar y mantener actualizados los registros a través de la plataforma WEBFOFAR.

El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

El Servicio, requerirá a la municipalidad, 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 una constante supervisión, control y evaluación del mismo

**NOVENA:** La Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente convenio, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

El Servicio, requerirá a la municipalidad, 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 una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**DÉCIMA:** El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.



**DÉCIMA PRIMERA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7º de la Ley N° 21.053.

En caso de que el programa tenga continuidad, este incumplimiento será considerado en la determinación de los fondos asignados para el año siguiente.

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

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2019. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero de 2019 por razones de buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N°11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para la población beneficiaria del programa.

Las partes acuerdan que el presente contrato de prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud.



CARLOS FLORES GONZALEZ  
ALCALDE (S)  
I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA



D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBORG  
DIRECTOR (S)  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

KNM/MOC/PGG/VHP/MCT/MSV

