



NAA / MCT / MSV / ctz.

**ORIGINAL**  
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTÁ N° 1351 /

LA SERENA,

13 MAR. 2020

Int. N°08

**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 31 de diciembre de 2019 del Ministerio de Salud; y

**CONSIDERANDO:**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 51 del 28 de enero de 2020**, 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° 96 del 21 de febrero de 2020**; dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°. - **APRUEBASE** el convenio de fecha 06.03.2020 suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE CANELA**, representada por su Alcalde **D. BERNARDO LEYTON LEMUS** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, relativo al Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud 2020, según se detalla en el presente instrumento.

**CONVENIO**  
**PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2020**

En La Serena a.....06.03.2020..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°15/19 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CANELA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Luis Infante N°520, Canela Baja, representada por su Alcalde **D. BERNARDO LEYTON LEMUS** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1813/16, 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.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 51 del 28 de enero de 2020**, 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° 96 del 21 de febrero de 2020**.



**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 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. Además, su inclusión deberá ser adecuadamente justificada en cuanto a las ventajas terapéuticas frente a lo que existe o en caso de falta de stock por no estar disponible a nivel nacional poniendo en riesgo el acceso oportuno de medicamentos a la población. Antes de realizar la inclusión, debe contar con la autorización del Referente Técnico del Programa Fondo de Farmacia de la División de Atención Primaria, quien evaluará esta incorporación de manera temporal o definitiva.

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 20% de la PBC con ulcera activa.
- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de ulcera de pie diabético no infectado cuya canasta comprende 32 curaciones que se entregarán a una persona en un periodo de cuatro meses.
- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de ulcera de pie diabético infectado la cual engloba 10 curaciones.
- 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 diabético no infectada.

Tabla N°2: Listado de Insumos Pie Diabético No Infectado.

| Glosa   | Frecuencia de uso por canasta 32 Curaciones (Cantidad) |
|---|--|
| <b>Apósito Primario (Bacteriostáticos)*</b>       |  |
| DACC lámina 10 x 10 cm                            | 18   |
| PHMB Rollo 11,7 cm x 3,7 m                        |  |
| Apósito de Ringer + PHMB lámina 10 x 10 cm        |  |
| Apósito Miel Gel (30 g)                           |  |
| <b>Apósito Primario (Absorbentes)*</b>            |  |
| Espuma Hidrofilica con Silicona lámina 10 x 10 cm | 7  |
| Espuma Hidrofilica con Hidrogel lámina 10 x 10 cm |  |
| Alginato lámina 10 x 10 cm                        |  |
| Carboximetilcelulosa lámina 10 x10 cm             |  |
| <b>Apósito Primario (Hidratantes)*</b>            |  |
| Tull de silicona lámina 10 x 10 cm                | 3  |
| Apósito de Poliéster lámina 10 x 10 cm            |  |
| Apósito de Nylon lámina 10 x 10 cm                |  |
| Hidrogel tubo 15 g                                |  |
| <b>Apósito Primario (Regenerativos)*</b>          |  |

|   |   |
|---|---|
| Colágeno  | 2   |
| Inhibidor de la Metaloproteasa                        |   |
| <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 28 ml                         | 1 botella (1.4 cc por curación, en 12 curaciones) |
| Lubricante Cutáneo 50 ml (Ac. Grasos Hiperóxigenados) | 1 botella (2.5 cc por curación, en 20 curaciones) |
| Solución Limpiadora con Polihexanida 0,1% 350 ml      | 1 botella (15 cc por curación, en 22 curaciones)  |
| Curetas 3 mm o 4 mm                                   | 4 (1 cureta por curación)                         |

\* Se debe seleccionar el/los apósitos/s de acuerdo a necesidad, expertiz de profesional Enfermera/o y realidad local.

Tabla N°3: Listado de Insumos Pie Diabético Infectado.

| Glosa  | Frecuencia de uso por canasta curaciones   | 10 (Cantidad) |
|--|--|---------------|
| <b>Apósito Primario (Bactericidas)*</b>          |  |               |
| Plata Nanocrystalina lámina 10 x10 cm            |  |               |
| Alginato con Plata lámina 10 x 10 cm             | 14   |               |
| Tull con Plata lámina 10 x 10 cm                 |  |               |
| Hidrogel con Plata tubo 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 28 ml                    | 1 botella(1.4 cc por curación)   |               |
| Solución Limpiadora con Polihexanida 0,1% 350 ml | 1 botella (15 cc por curación)   |               |
| Curetas 3 mm o 4 mm                              | 10 (1 cureta por curación)   |               |

\* Se debe seleccionar el/los apósitos/s de acuerdo a necesidad, expertiz de profesional Enfermera/o y realidad local.

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.   |
| Cantidad                 | Observaciones   |
| 1 por paciente           | Zapato / Calzado ortopédico de descarga -Botín descarga<br>Calzado para el cuidado de heridas/úlceras plantares<br>Plantilla  |

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 Canela   | 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.

B) Mejorar la Infraestructura y equipamiento para asegurar las condiciones en que se almacenan los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, mediante la compra de refrigeradores y construcción o habilitación de botiquines, farmacias y droguerías tanto a nivel comunal como Servicios de Salud.

El programa FOFAR busca apoyar en la mejora de las condiciones de almacenamiento y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, velando por cumplir la normativa vigente y mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios beneficiarios.

**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 **\$ 33.883.412 (TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, distribuidos de la siguiente forma (distribución por ítem):

| <b>Subcomponente N° 1: Población que se atiende en Atención Primaria con acceso oportuno a medicamentos y apoyo en la adherencia al tratamiento.</b> |   | <b>Subcomponente N° 2: Servicios Farmacéuticos</b> |                                     | <b>Presupuesto Anual Total Convenio (\$)</b> |
|--|---|--|-------------------------------------|--|
| Medicamentos (\$)  | Insumos y Dispositivos Médicos para Curación Avanzada de Pie Diabético (\$) | RRHH (\$)  | Infraestructura y Equipamiento (\$) |  |
| \$ 21.505.303  | \$ 1.635.644  | \$ 6.632.065                                       | \$4.110.400                         | <b>\$ 33.883.412</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.

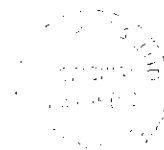
**SÉPTIMA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa.

| 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 | Indicador N° 1: Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedad no transmisible en los establecimientos de atención primaria.                                 | Meta 1. 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno.  | 40%               |
|  |   | Indicador N° 2: Porcentaje de Reclamo de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), antes de 24 horas hábiles.                                     | Meta 2. 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, siguientes a la formulación del reclamo.  | 25%               |
|  | Subcomponente N° 2: Servicios Farmacéuticos   | Indicador N° 3: Porcentaje de establecimientos con Merma de medicamentos menor a la línea base nacional.  | Meta 3. 100% de establecimientos de la comuna o servicio de salud tienen merma acumulada anual, menor al 0,8% del costo de inventario de productos asociados al programa FOFAR. Este debe ser menor a esta línea base nacional. | 10%               |
|  |   | Indicador N° 4: Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento | Meta 4. 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia o botiquín. Además de cumplir con la disponibilidad del stock crítico de medicamentos del programa FOFAR.  | 25%               |
| <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.

- **Formula:** (Número de beneficiario con receta médica despachada con oportunidad/Total de Establecimiento de la Comuna o Servicio de Salud) \*100
- **Numerador:** (Número Total de beneficiarios que presentan receta médica mensual) \*100.
- **Denominador:** Total de beneficiarios del programa.



- Medio de verificación: Reporte Plataforma web indicada por MINSAL, REM P4 Sección J o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- Meta 5: 100% de los beneficiarios de las recetas entregadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares reciben sus medicamentos con oportunidad.

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

- Fórmula: (Número de Recursos Humanos financiado por FOFAR con contrato vigente/Total de Recursos Humanos Asignado a Comuna o Servicio de Salud) \*100
- Numerador: Número de Recursos Humanos financiado por FOFAR con contrato vigente.
- Denominador: Total de Recursos Humanos Asignado a Comuna o Servicio de Salud.
- Medio de verificación: Registro de cada Servicio de Salud.
- Meta 6: 100% de los Servicios de Salud y Comunas cumplan con el número de Recursos Humanos asignado por el programa.

**Indicador N°7:** Porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes bajo control en Establecimiento de Atención Primaria de Salud.

- Fórmula: (Población bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR/ Total de pacientes bajo control con patología incluida en el programa FOFAR) \*100
- Numerador: Población bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR en Establecimientos de Atención Primaria.
- Denominador: Total de pacientes bajo control con patologías incluidas en el programa FOFAR.
- Medios de verificación: Reporte Plataforma web indicada por MINSAL o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- Meta 7:  $\geq 30\%$  como línea base nacional se evaluará aumento de manera paulatina.

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

- Fórmula: (Monto de convenios cargado en la plataforma de convenio/ Monto total de recursos por Servicios de Salud según resolución vigente del programa Fondo de Farmacia) \*100
- Numerador: Monto de convenios cargado a la plataforma web monitoreo.
- Denominador: Monto Total de Recursos por Servicio de Salud según resolución vigente del programa Fondo de Farmacia.
- Medios de verificación: Reporte Plataforma web indicada por MINSAL, Reporte enviado por Departamento de Programación Financiera de Atención Primaria o informado por el Servicio de Salud.
- Meta 7: 100% de los Servicios de Salud, deben tener convenios y resolución vigentes y en ejecución al 30 de abril, el cual debe ser mayor al 80%. Posterior a esta fecha se monitorizará mensualmente su cumplimiento.

**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 **2 veces en el año**, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes períodos:

- a. El primero 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 2° cuota del 30% |
|----------------------------|--|
| $\geq 60,00\%$             | 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.

- b. El segundo y final al 31 de diciembre de 2020, 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 periodo 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 7° de la Ley N° 21.192.

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 2020. 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 2020 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.  
Por su parte, la vigencia del presente convenio podrá prorrogarse en forma inmediata y sin más trámite por los meses que demore la entrada en vigencia del siguiente convenio anual / por un periodo de dos meses. Ello, en la medida que el presente programa cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo.

Para formalizar esta prórroga, el Servicio dictará una resolución en la cual señalará las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo, a objeto de dar continuidad al Programa.

La Municipalidad podrá manifestar por escrito su voluntad de no prorrogar el convenio, en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución.

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 un ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

**Firmas Ilegibles.**

\_\_\_\_\_  
**D. BERNARDO LEYTON LEMUS**  
ALCALDE  
**I. MUNICIPALIDAD DE CANELA**

\_\_\_\_\_  
**D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**  
DIRECTOR  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

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

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**



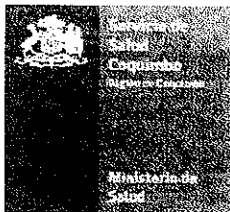
**D. EDGARDO GONZALEZ MIRANDA**  
DIRECTOR (S)  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Apoyo Clínico y Diagnóstico  
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 2020**

**06 MAR 2020**

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°15/19 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CANELA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Luis Infante N°520, Canela Baja, representada por su Alcalde D. **BERNARDO LEYTON LEMUS** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1813/16, 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.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 51 del 28 de enero de 2020**, 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° 96 del 21 de febrero de 2020**.

**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 PRIMARIA 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. Además, su inclusión deberá ser adecuadamente justificada en cuanto a las ventajas terapéuticas frente a lo que existe o en caso de falta de stock por no estar disponible a nivel nacional poniendo en riesgo el acceso oportuno de medicamentos a la población. Antes de realizar la inclusión, debe contar con la autorización del Referente Técnico del Programa Fondo de Farmacia de la División de Atención Primaria, quien evaluará esta incorporación de manera temporal o definitiva.

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 20% de la PBC con ulcera activa.
- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de ulcera de pie diabético no infectado cuya canasta comprende 32 curaciones que se entregarán a una persona en un periodo de cuatro meses.
- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de ulcera de pie diabético infectado la cual engloba 10 curaciones.
- 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 ulcera de pie diabética no infectada.

Tabla N°2: Listado de Insumos Pie Diabético No Infectado.

| Glosa   | Frecuencia de uso por canasta 32 Curaciones (Cantidad) |
|---|--|
| <b>Apósito Primario (Bacteriostáticos)*</b>           |  |
| DACC lámina 10 x 10 cm                                | 18   |
| PHMB Rollo 11,7 cm x 3,7 m                            |  |
| Apósito de Ringer + PHMB lámina 10 x 10 cm            |  |
| Apósito Miel Gel (30 g)                               |  |
| <b>Apósito Primario (Absorbentes)*</b>                |  |
| Espuma Hidrofílica con Silicona lámina 10 x 10 cm     | 7  |
| Espuma Hidrofílica con Hidrogel lámina 10 x 10 cm     |  |
| Alginato lámina 10 x 10 cm                            |  |
| Carboximetilcelulosa lámina 10 x10 cm                 |  |
| <b>Apósito Primario (Hidratantes)*</b>                |  |
| Tull de silicona lámina 10 x 10 cm                    | 3  |
| Apósito de Poliéster lámina 10 x 10 cm                |  |
| Apósito de Nylon lámina 10 x 10 cm                    |  |
| Hidrogel tubo 15 g                                    |  |
| <b>Apósito Primario (Regenerativos)*</b>              |  |
| Colágeno  | 2  |
| Inhibidor de la Metaloproteasa                        |  |
| <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 28 ml                         | 1 botella (1.4 cc por curación, en 12 curaciones)      |
| Lubricante Cutáneo 50 ml (Ac. Grasos Hiperoxigenados) | 1 botella (2.5 cc por curación, en 20 curaciones)      |
| Solución Limpiadora con Polihexanida 0,1% 350 ml      | 1 botella (15 cc por curación, en 22 curaciones)       |
| Curetas 3 mm o 4 mm                                   | 4 (1 cureta por curación)                              |

\* Se debe seleccionar el/los apósitos/s de acuerdo a necesidad, expertiz de profesional Enfermera/o y realidad local.

Tabla N°3: Listado de Insumos Pie Diabético Infectado.

| Glosa  | Frecuencia de uso por canasta<br>10 curaciones<br>(Cantidad) |
|--|--|
| <b>Apósito Primario (Bactericidas)*</b>          |  |
| Plata Nanocristalina lámina 10 x10 cm            | 14   |
| Alginato con Plata lámina 10 x 10 cm             |  |
| Tull con Plata lámina 10 x 10 cm                 |  |
| Hidrogel con Plata tubo 15 g                     |  |
| <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 28 ml                    | 1 botella(1.4 cc por curación)                               |
| Solución Limpiadora con Polihexanida 0,1% 350 ml | 1 botella (15 cc por curación)                               |
| Curetas 3 mm o 4 mm                              | 10 (1 cureta por curación)                                   |

\* Se debe seleccionar el/los apósitos/s de acuerdo a necesidad, expertiz de profesional Enfermera/o y realidad local.

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.   |
| Cantidad                 | Observaciones   |
| 1 por paciente           | Zapato / Calzado ortopédico de descarga -Botín descarga<br>Calzado para el cuidado de heridas/úlceras plantares<br>Plantilla  |

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 Canela   | 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.

B) Mejorar la Infraestructura y equipamiento para asegurar las condiciones en que se almacenan los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, mediante la compra de refrigeradores y construcción o habilitación de botiquines, farmacias y droguerías tanto a nivel comunal como Servicios de Salud.

El programa FOFAR busca apoyar en la mejora de las condiciones de almacenamiento y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos, velando por cumplir la normativa vigente y mejorar la calidad de la atención brindada a los usuarios beneficiarios.

**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 \$ 33.883.412 (TREINTA Y TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DOCE 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 (\$)                                   | Infraestructura y Equipamiento (\$) |                                       |
| \$ 21.505.303   | \$ 1.635.644  | \$ 6.632.065                                | \$4.110.400                         | \$ 33.883.412                         |

**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.

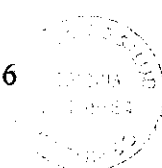
**SÉPTIMA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa.

| 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 | Indicador N° 1:<br>Porcentaje de recetas con despacho oportuno a personas con enfermedad no transmisible en los establecimientos de atención primaria.                                 | Meta 1. 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno.  | 40%               |
|  |   | Indicador N° 2:<br>Porcentaje de Reclamo de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de medicamentos), antes de 24 horas hábiles.                                     | Meta 2. 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles, siguientes a la formulación del reclamo.  | 25%               |
|  | Subcomponente N° 2: Servicios Farmacéuticos   | Indicador N° 3:<br>Porcentaje de establecimientos con Merma de medicamentos menor a la línea base nacional.  | Meta 3. 100% de establecimientos de la comuna o servicio de salud tienen merma acumulada anual, menor al 0,8% del costo de inventario de productos asociados al programa FOFAR. Este debe ser menor a esta línea base nacional. | 10%               |
|  |   | Indicador N° 4:<br>Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias o botiquines durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento | Meta 4. 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia o botiquín. Además de cumplir con la disponibilidad del stock crítico de medicamentos del programa FOFAR.  | 25%               |
| <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.

- Formula: (Número de beneficiario con receta médica despachada con oportunidad/Total de Establecimiento de la Comuna o Servicio de Salud) \*100
- Numerador: (Número Total de beneficiarios que presentan receta médica mensual) \*100.
- Denominador: Total de beneficiarios del programa.
- Medio de verificación: Reporte Plataforma web indicada por MINSAL, REM P4 Sección J o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.



- Meta 5: 100% de los beneficiarios de las recetas entregadas a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares reciben sus medicamentos con oportunidad.

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

- Fórmula: (Número de Recursos Humanos financiado por FOFAR con contrato vigente/Total de Recursos Humanos Asignado a Comuna o Servicio de Salud) \*100
- Numerador: Número de Recursos Humanos financiado por FOFAR con contrato vigente.
- Denominador: Total de Recursos Humanos Asignado a Comuna o Servicio de Salud.
- Medio de verificación: Registro de cada Servicio de Salud.
- Meta 6: 100% de los Servicios de Salud y Comunas cumplan con el número de Recursos Humanos asignado por el programa.

**Indicador N°7:** Porcentaje de adherencia terapéutica en pacientes bajo control en Establecimiento de Atención Primaria de Salud.

- Fórmula: (Población bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR/ Total de pacientes bajo control con patología incluida en el programa FOFAR) \*100
- Numerador: Población bajo control que retira medicamentos del programa FOFAR en Establecimientos de Atención Primaria.
- Denominador: Total de pacientes bajo control con patologías incluidas en el programa FOFAR.
- Medios de verificación: Reporte Plataforma web indicada por MINSAL o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- Meta 7:  $\geq 30\%$  como línea base nacional se evaluará aumento de manera paulatina.

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

- Fórmula: (Monto de convenios cargado en la plataforma de convenio/ Monto total de recursos por Servicios de Salud según resolución vigente del programa Fondo de Farmacia) \*100
- Numerador: Monto de convenios cargado a la plataforma web monitoreo.
- Denominador: Monto Total de Recursos por Servicio de Salud según resolución vigente del programa Fondo de Farmacia.
- Medios de verificación: Reporte Plataforma web indicada por MINSAL, Reporte enviado por Departamento de Programación Financiera de Atención Primaria o Informado por el Servicio de Salud.
- Meta 7: 100% de los Servicios de Salud, deben tener convenios y resolución vigentes y en ejecución al 30 de abril, el cual debe ser mayor al 80%. Posterior a esta fecha se monitorizará mensualmente su cumplimiento.

**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 **2 veces en el año**, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes periodos:

- a. El primero 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 2° cuota del 30% |
|----------------------------|--|
| $\geq 60,00\%$             | 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.

- b. El segundo y final al 31 de diciembre de 2020, 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 7° de la Ley N° 21.192.

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 2020. 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 2020 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.

Por su parte, la vigencia del presente convenio podrá prorrogarse en forma inmediata y sin más trámite por los meses que demore la entrada en vigencia del siguiente convenio anual / por un periodo de dos meses. Ello, en la medida que el presente programa cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo.

Para formalizar esta prórroga, el Servicio dictará una resolución en la cual señalará las metas y recursos disponibles para el nuevo período, a objeto de dar continuidad al Programa.



La Municipalidad podrá manifestar por escrito su voluntad de no prorrogar el convenio, en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución.

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 un ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.



D. BERNARDO LEYTON LEMUS  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE CANELA



D. CLAUDIO ARRIAGADA DOMBERG  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

NAA / MOC / PGG / NSV

