



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

**APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ  
FONDO FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS  
NO TRANSMISIBLES EN APS(FOFAR)  
DECRETO ALCALDICIO N° 1.120.-  
DALCAHUE, 14 de abril del 2025.-**

**VISTOS:** La Resolución Exenta N° 1853 del 30 de enero de 2025, del Servicio de Salud Chiloé; la Resolución del Tribunal Electoral Regional, Causa Rol 111-2024; los Artículos 1°, 2°, 8°, 56° y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

**DECRETO:**

**APRUÉBASE:** En todos sus puntos el “Convenio Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS(FOFAR)” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue representada por la alcaldesa sra. Alejandra Villegas Huichamán y el Servicio de Salud Chiloé, representado por su Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann, mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir la suma anual y única de \$84.881.813.- (ochenta y cuatro millones ochocientos ochenta y un mil ochocientos trece pesos), en 2 cuotas, siendo la primera cuota del 70% del valor total ascendiente a \$59.417.269.- (cincuenta y nueve millones cuatrocientos diecisiete mil doscientos sesenta y nueve pesos) que se transfiere al momento de la firma del convenio.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.**



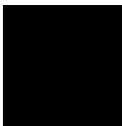
**SECRETARIA MUNICIPAL  
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA  
DALCAHUE**



MAB





MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN  
ALCALDESA



CLARA INES VERA GONZALEZ  
SECRETARIA MUNICIPAL

1853

## RESOLUCION EXENTA N°

CASTRO, 27 FEB. 2025

**VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:** El **Convenio** Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR), suscrito con fecha 30 de enero de 2025 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 1031 del 30 de diciembre de 2024, que aprueba el Programa **Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR)**, Resolución Exenta N° 87 del 28 de enero de 2025, y que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.E. N° 11 de fecha 14 de febrero de 2024, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** **1.-** Resolución Exenta N° 87 del 28 de enero de 2025 y que aprueba los recursos 2025 para el Programa. **2.-** Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2025, para financiar el Programa de Reforzamiento Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR) 2024, cuyo propósito es personas acceden oportunamente a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de sus enfermedades crónicas, en los establecimientos de los Atención Primaria de Salud. **3.-** Que el Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de Los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. **4.-** Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR)**" suscrito con fecha 30 de enero de 2025 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 87 del 28 de enero de 2025 del Ministerio de Salud **5.-** Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 5179 En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

**RESOLUCIÓN**

- 1. APRUÉBASE, "CONVENIO FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN APS (FOFAR)"** suscrito con fecha 30 de enero de 2025, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud

del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N° 87 del 28 de enero de 2025, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$84.881.813.- (Ochenta y cuatro millones ochocientos ochenta y un mil ochocientos trece pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **DEJESÉ SIN EFECTO**, Resolución Exenta N° 5179 del 29 de mayo de 2024 que aprueba convenio suscrito del 8 de abril de 2024, del Servicio de Salud Chiloé.
3. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a \$59.417.269.- previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
4. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
5. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2025.
6. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**


  
**ERIC GUTIERREZ MORALES**  
 DIRECTOR (S)  
 SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/cmv

Distribución:

La que indica:

- ✓ Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- ✓ Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- ✓ Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- ✓ Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- ✓ Dirección APS, S.S. Chiloé
- ✓ Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- ✓ Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- ✓ Subdepartamento de Gestión Operacional
- ✓ Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- ✓ Referentes Técnicos del Programas. D. Claudia Arias Carrasco
- ✓ Of. Partes, S.S. Chiloé



## CONVENIO

### PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN APS (FOFAR)

ENTRE

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**

Y

**SERVICIO DE SALUD CHILOÉ**

En Castro a 30 de enero de 2025 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

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

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaure el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

**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:

Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS (FOFAR) aprobado por Resolución Exenta N° 1031 del 30 de diciembre de 2024, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 87 del 28 de enero de 2025, ambas del Ministerio de Salud.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

**TERCERA:** De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

## 1. ANTECEDENTES.

El Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario señala a la continuidad de la atención como parte de sus principios fundamentales. Esto se refiere a que las personas accedan cuando lo necesiten a atenciones de salud, contando con la provisión constante de servicios clínicos de calidad, el suministro adecuado de insumos para realizarlos, siendo los medicamentos la tecnología sanitaria más costo-efectiva y la base para el tratamiento de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles.

En fiscalización realizada por la Superintendencia de Salud a los establecimientos de Atención Primaria, en el año 2014, se informó que había una disponibilidad de 53,8% de los medicamentos asociados al Programa de Salud Cardiovascular <sup>(1)</sup>, originada principalmente por no contar con un presupuesto marcado para la adquisición de estos medicamentos, deficiente o nula gestión de abastecimiento oportuno de los medicamentos y/o por no contar con los espacios para el almacenamiento de un stock crítico de estos medicamentos, que permita asegurar una continuidad en la entrega de medicamentos a las personas que se atienden en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Se entenderá como acceso oportuno al tratamiento farmacológico, a la entrega de todos los medicamentos prescritos en una receta (en cantidad y el total de medicamentos detallados en receta), al momento en que el usuario asista a retirarlos al botiquín/farmacia de su centro de salud o cuando ante imposibilidad para acceder en forma presencial al establecimiento es entregada en domicilio.

Son múltiples los estudios que señalan que la no entrega oportuna de los tratamientos farmacológicos tiene implicancias en la salud de las personas, incrementando los costos para el sistema por complicaciones que requieren de atenciones en niveles de mayor complejidad y/o generando un mayor gasto de bolsillo para la población <sup>(2)</sup>. Chile es uno de los países con el mayor gasto de bolsillo en salud de la OCDE (4,6% versus el 3% de promedio OCDE). Los medicamentos constituyen el principal componente de este gasto, afectando en mayor medida a los hogares pertenecientes a los quintiles de más bajos ingresos <sup>(2)</sup>.

El año 2014, el gasto en medicamentos corresponde, promedio, al 35% del gasto de bolsillo en salud, pero si se toma solo a los hogares que gastan en fármacos (el 53,4% del total), esta proporción alcanza el 55,3% del gasto de bolsillo en salud, o más del 60% según los casos. El fenómeno es, además, regresivo, y particularmente inhumano en los sectores más pobres, al menos en ciertas hipótesis <sup>(3)</sup>.

Dado la prevalencia de estas patologías en nuestro país y la carga que impone la no compensación de estas al sistema de salud, que es demasiado onerosa para ignorarse, (se estima que los costos del sistema sanitario totales para la Hipertensión en 28 millones de USD en 2015 <sup>(4)</sup>), se hace prioritaria la mantención de una estrategia que pueda asegurar el acceso a tratamiento farmacológico, insumos y dispositivos médicos a las personas con enfermedad cardiovascular y que ha resultado exitosa desde su instalación en el año 2014.

En el año 2023, a través del Programa FOFAR el 96,12% de las personas con condición crónica se les entregaron las recetas de manera total y oportuna.

## 2. FUNDAMENTACIÓN.

El principal problema que el programa busca resolver es la dificultad de las personas al acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de sus enfermedades crónicas en Atención Primaria de Salud.

El programa FOFAR se justifica en la necesidad de mantener la disponibilidad de los recursos farmacológicos para el manejo de enfermedades crónicas en beneficiarios del sistema público de salud y que de lo contrario no contarían con los recursos financieros suficientes (gasto de bolsillo) para disponer de esos medicamentos, esenciales para contribuir a la compensación de su patología.

El Programa centraliza la adquisición de los medicamentos de las tres patologías crónicas Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia (HTA, DM tipo 2 y DLP), con mayor índice de mortalidad a nivel nacional, asegurando la disponibilidad, mediante la entrega de recursos para la adquisición a estos y ha permitido un ahorro significativo, al consolidar la demanda de estos

productos a nivel nacional a través de la adquisición vía Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST).

El programa, desde su inicio, ha permitido asegurar la disponibilidad de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos en los establecimientos de salud, mediante la entrega de recursos para la adquisición de estos y ha permitido un ahorro significativo, al consolidar la demanda de estos productos a nivel nacional a través de la adquisición vía CENABAST.

### 3. PROPÓSITO

Personas acceden oportunamente a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de sus enfermedades crónicas, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.

Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico HTA, DM tipo 2 y DLP acceso oportuno y seguro a los medicamentos que permita la continuidad de los tratamientos, como también a insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de heridas, lo cual se asegura con la profesionalización de la Gestión Farmacéutica a través de la incorporación de Recurso Humano, que a la vez apoye a las personas en mejorar la adherencia y correcto uso de los medicamentos, a través de talleres, charlas y Atenciones Farmacéuticas.

### 5. OBJETIVO

Disponer de los recursos y procesos que permitan que las personas con enfermedades crónicas accedan oportunamente a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para el tratamiento de enfermedades crónicas, en los establecimientos de la Atención Primaria de Salud.

### 6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Otorgar acceso oportuno a medicamentos (del listado definido en las Orientaciones Técnicas del FOFAR), insumos y dispositivos médicos, a personas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
2. Fortalecer la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud y de los Servicios de Salud, que permitan la provisión racional y oportuna de medicamentos, así como dar acceso a servicios farmacéuticos a la población beneficiaria de los establecimientos de salud.

### 7. COMPONENTE

**Componente:** Medicamentos, insumos y dispositivos médicos para personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud.

El principal producto esperado es el acceso continuo y oportuno de las personas a los tratamientos farmacológicos indicados en el nivel primario de salud para el control de sus enfermedades de salud cardiovascular, apoyando la compra y entrega oportuna de medicamentos, insumos y dispositivos médicos definidos para estas patologías en el arsenal básico de Atención Primaria de cada Servicio de Salud. Además, se considera la incorporación de actividades que apoyen la adherencia, a través de servicios farmacéuticos.

## 7.1. Estrategias de intervención del Programa:

El programa asegura a las personas bajo control en establecimientos de Atención Primaria de Salud, con diagnóstico de HTA, DM tipo 2 y DLP, el acceso oportuno a los medicamentos que son prescritos por su médico en su establecimiento de salud y apoya con insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de pie diabético y úlcera venosa.

Se entenderá como establecimientos de Atención Primaria de Salud, a los siguientes:

- Establecimientos de salud de administración municipal (Postas, Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y Centros de Salud Familiar (CESFAM).
- Establecimientos de salud de dependencia de los Servicios de Salud, (Centros de Salud Familiar (CESFAM) dependientes y Hospitales de Baja complejidad, que otorgan prestaciones de Atención Primaria de Salud).
- Establecimientos de salud enmarcados en DFL N°36 del año 1980, Organizaciones No Gubernamentales (ONG que realizan prestaciones de Atención Primaria de Salud, actualmente son 8 los establecimientos a nivel nacional que forman parte de la red de Atención Primaria de Salud).

### Flujo de intervención:

#### ➤ Ingreso al Programa:

Cuando una persona concurre a un control médico en un establecimiento de Atención Primaria y a través de los resultados de exámenes, el médico realiza confirmación diagnóstica de al menos uno de los siguientes diagnósticos: HTA, DM tipo 2 y DLP, e indica un tratamiento farmacológico, luego de esta atención, la persona deberá concurrir a retirar sus medicamentos al botiquín/farmacia del establecimiento de Atención Primaria, donde al momento de realizar la entrega de fármacos por primera vez, la persona ingresará a la población beneficiaria del programa.

#### ➤ Egreso del Programa:

Atendido que este programa abordará enfermedades crónicas, se considera que una vez que la persona ingrese, será beneficiario durante toda su vida, pudiendo haber egresos por causas administrativas (cambio de previsión de salud) o que la persona no concorra a sus controles médicos en el establecimiento de Atención Primaria de Salud.

#### ➤ Disponibilidad de medicamentos, definidos en arsenal Programa FOFAR:

Los medicamentos que forman parte del listado farmacológico de este Programa deberán estar disponibles en forma permanente, en botiquines/farmacias de los establecimientos de Atención Primaria de Salud, en a lo menos, en un 20% del stock requerido de manera mensual, de manera que cuando la persona concorra a retirar sus medicamentos estos puedan ser entregados.

Para asegurar la disponibilidad de estos medicamentos, se interviene en los siguientes procesos:

- Entrega de recursos para la adquisición de estos medicamentos: Se entregan recursos para la adquisición directa de los medicamentos del listado definido en las Orientaciones Técnicas del FOFAR, a las comunas adheridas al mismo o por parte de los Servicios de Salud directamente, de acuerdo con las estrategias de implementación a nivel local. Dada la gran dispersión geográfica que presentan algunos Servicios de Salud, sumado a los problemas de conectividad y logística de distribución, el Servicio de Salud decide centralizar la adquisición de estos medicamentos en los Servicios de Salud y luego abastecer a los centros de Atención Primaria de su jurisdicción.
  - Los medicamentos deberán ser adquiridos principalmente vía Central de Abastecimiento de los Servicios de Salud (CENABAST), ya que, de esta manera, por concentración de la demanda nacional, se logran precios más competitivos, que en los procesos de licitación a nivel local.
- Implementación de un stock de seguridad en los Servicios de Salud: Inicialmente a través de este Programa se entregaron recursos a los Servicios de Salud, para la implementación de un stock de seguridad de los medicamentos de este programa, los cuales, ante un problema de abastecimiento, puedan apoyar a los establecimientos de salud de su red, con el fin de evitar quiebres de stock y que las personas pierdan el acceso oportuno a sus medicamentos. El establecimiento una vez normalizado el abastecimiento de los medicamentos, deberá devolver las cantidades que fueron entregadas por el Servicio de Salud, de manera de

resguardar la mantención de este stock de seguridad. El Servicio de Salud también deberá gestionar cambios de stock de estos medicamentos con los establecimientos/droguerías comunales, por motivo de pronto vencimiento, de manera de evitar la pérdida.

- Incorporación de Químico Farmacéutico en los Servicios de Salud: Como referente de este Programa, deberán supervisar y gestionar la correcta implementación de este a nivel comunal. Deberá supervisar la existencia de un stock mínimo de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud y el funcionamiento de botiquín/farmacia en extensión horaria (CESFAM).
- Incorporación de Químico Farmacéutico en los establecimientos de salud (CESFAM, CECOSF y Postas) y/o en las entidades administradoras de APS, lo que ha permitido la implementación de las siguientes estrategias:
  - Organización, implementación, desarrollo, control y evaluación de un sistema de suministro de medicamentos e insumos terapéuticos, oportuno, expedito, eficiente y accesible, que permita dar cumplimiento a las acciones de salud (selección de medicamentos, programación de necesidades y su financiamiento, adquisición, recepción, almacenamiento y distribución).
  - Disponibilizar Servicios Farmacéuticos en los establecimientos de salud, lo que permite mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos de las personas beneficiarias de este programa.
  - Información y educación al equipo de salud y pacientes sobre los medicamentos y algunos usos y prácticas de la medicina tradicional.
  - Estimulación de la participación comunitaria promoviendo la responsabilidad del individuo en el uso racional de los fármacos y de la familia en el cuidado del enfermo.
  - Incorporación de Técnicos de nivel superior en enfermería o farmacia: se busca apoyar el funcionamiento de las unidades de botiquín y farmacia de los centros de salud, para la dispensación de medicamentos a las personas con celeridad y oportunidad requerida.

➤ **Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento de Botiquines, Farmacias y Droguerías de Servicios de Salud y comunales.**

- Entrega de recursos para el mejoramiento infraestructura y equipamiento (refrigeradores clínicos, climatizadores, data Loggers, etc.) en Botiquines/Farmacias, que permitan asegurar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos, velando por cumplir con la normativa vigente y mejorar la calidad de atención brindada a las personas beneficiarias.
- Entrega de recursos para implementar o habilitar Bodegas activas de Botiquines/Farmacias y Droguerías comunales, que permita el almacenamiento del stock necesario de estos medicamentos, de manera de garantizar la entrega oportuna de estos medicamentos a las personas beneficiarias del programa.

➤ **Disponibilidad de insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de úlceras venosas y de pie diabético, definidos en Programa FOFAR.**

- Poner a disposición insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de úlceras venosas y de pie diabético: las cuales generalmente ocurren como consecuencia de la Diabetes mellitus tipo 2. Esto permitirá que cuando una persona beneficiaria del Programa FOFAR, requiera de una curación avanzada de pie diabético, estos insumos estén disponibles en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, esto se logra por:
  - Entrega de recursos para la adquisición de insumos para la curación avanzada de heridas.
  - Contratación de profesional de enfermera, lo cual tiene como objeto realizar las curaciones avanzadas de úlcera de pie diabético.
  - La implementación de esta estrategia permite evitar complicaciones tan severas como las amputaciones. Este tipo de intervenciones impactan en el aumento y prolongación de la calidad de vida de las personas diabéticas.

➤ **Implementación de la estrategia "Entrega de medicamentos a domicilio":**

- Mediante esta estrategia se facilita el acceso a los fármacos para el tratamiento de patologías crónicas a personas que presentan dificultad para acceder al establecimiento de salud (para el retiro de estos), se considera para esta estrategia a:
  - Personas con dependencia severa y a sus cuidadores.

- o Personas de centros diurnos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).
- o Personas de establecimientos de larga estadía del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

Dado que el programa abarca patologías crónicas, las personas serán beneficiarios durante toda su vida. La entrega de estos medicamentos será realizada de manera mensual de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica N°12 sobre la organización y funcionamiento de la Atención Farmacéutica en la Atención Primaria de Salud <sup>(5)</sup> o por periodo mayor, siempre y cuando la persona beneficiaria sea adherente a su tratamiento y la comuna cuente con stock de medicamentos.

## 8. PRODUCTOS ESPERADOS

COMPONENTE	PRODUCTOS
Medicamentos e insumos para personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud.	1. Las recetas se despachan total y oportunamente a personas con enfermedades crónicas en control de Salud Cardiovascular.
	2. Las personas que reciben medicamentos asociados a este programa son parte de la población bajo control de salud cardiovascular.
	3. Los reclamos de los usuarios atinentes al programa son solucionados (acta firmada de entrega de medicamentos) dentro de 24 horas hábiles.
	4. Los Servicios de Salud cuentan con stock de seguridad de los medicamentos del programa, lo que permite apoyar a los establecimientos de salud en caso de desabastecimiento de alguno de estos medicamentos.
	5. La merma acumulada de productos farmacéuticos en establecimientos de la comuna o Servicios de Salud debe ser menor al 0,99% (línea base nacional) cumplir como merma acumulada por el establecimiento en el periodo a monitorizar.
	6. Entrega de Servicios Farmacéuticos, a través del profesional Químico Farmacéutico, lo cual permitirá mejorar la adherencia farmacológica a sus tratamientos de las personas beneficiarias de este programa.
	7. Se cuenta con atención permanente de botiquines/farmacia de Centros de Salud Familiar durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento, incluyendo extensión horaria. Además de verificar que posea stock crítico de medicamentos descritos en Orientación Técnica vigente.
	8. Se realiza la entrega de medicamentos en domicilio de acuerdo con los lineamientos señalados en Orientación Técnica vigente, en énfasis a personas con dependencia severa, sus cuidadores y adultos mayores de Establecimientos de Larga Estadía de Adulto Mayor (ELEAM) y Centros Diurnos de Adultos Mayor (CEDIAM).
	9. Se realizan curaciones avanzadas de ulcera de pie diabético y ulcera venosa por Enfermera capacitada, lo cual permite una evolución favorable del paciente.

## 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento del componente del Programa, con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia.

**Cumplimiento Global del Programa:**

Al evaluar el cumplimiento individual de cada componente, se debe ponderar el peso relativo por indicador, lo que constituirá el cumplimiento Global del Programa.

COMPONENTE	INDICADOR	META N°	PESO RELATIVO %
<b>Medicamentos e insumos para personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud.</b>	Indicador N°1: Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.	100%	40 %
	Indicador N°2: Porcentaje de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de los medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado.	100%	20 %
	Indicador N°3: Porcentaje establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria, en el periodo evaluado.	100%	20 %
	Indicador N°4: Porcentaje de cumplimiento de actividades farmacéuticas comprometidas, en el periodo evaluado.	50 % corte a junio 100% corte a diciembre	20 %
<b>Cumplimiento global del programa</b>			<b>100 %</b>

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos para cada subcomponente, indicador y meta asociada:

El proceso de monitoreo del programa se realizará dos veces en el año, emitiendo informes al 30 de junio y 31 de diciembre. Dichos Informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud durante la primera quincena de agosto y primera quincena de febrero del año siguiente.

**La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:**

**Primera evaluación:** Se efectuará con corte al 30 de junio de cada año, se deberá informar en informe modelo que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio y, 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 70%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DE PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 30%
≥ 70%	0%
Entre 60,00% y 69,99%	25%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
< a 40,00%	100%

## **El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.**

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un Plan de Trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición.

**Segunda evaluación:** no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

## **10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.**

El cumplimiento del Programa para efectos de reliquidación se evaluará con los siguientes indicadores:

### **INDICADORES PRIMARIOS (SUJETOS A RELIQUIDACIÓN).**

**Indicador N.º 1:** Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.

- **Fórmula:** (Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado / Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado) x 100.

- **Numerador:** Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, en periodo evaluado.

**Con oportunidad:** se define como la receta despachada completamente al momento y el día de la solicitud de despacho.

- **Denominador:** Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud, en el periodo evaluado.

**Solicitada:** corresponde aquellas recetas que son requeridas en los botiquines/farmacias para su despacho por las personas beneficiarias.

- **Medio de verificación:** REM A04 Sección J Recetas despachadas a personas en control de salud cardiovascular.
- **Meta 1:** 100% de las recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular son despachadas con oportunidad y en su totalidad al momento de ser solicitadas en los botiquines/farmacias de los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- **Frecuencia:** Mensual (registro REM A04 sección J, Recetas despachadas a personas en control de salud cardiovascular).
- **Ruta REM:** REM A 04 Sección J (COL12) / REM A 04 Sección J COL12 + COL13.

Para cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud se debe tomar en cuenta el porcentaje total de establecimientos que forman parte del programa en su respectiva red asistencial.

El indicador N°1 permite obtener información clave para el cumplimiento de accesibilidad de los medicamentos a la población beneficiaria, como son:

- Porcentaje y volumen de cumplimiento.
- Brecha entre fármacos solicitados y entregados.
- Brecha en la oportunidad de la entrega por medicamento.
- N.º de días de demora en la dispensación por medicamento.
- Fármacos con mayor brecha en la dispensación por oportunidad y completitud.

De la gestión de fármacos es posible hacer seguimiento de:

- Distribución de fármacos según estado (cumplida, incumplida por oportunidad, incumplida por completitud).
- Distribución de fármacos según brecha de completitud.
- Distribución de fármacos según brecha de oportunidad.

**El listado de medicamentos asociados los controles de salud cardiovascular a considerar, para tributar a este indicador y al REM A04 sección J se encuentra en Anexo N° 7 de la OOTT Programa FOFAR vigente.**

**Indicador N.º 2:** Porcentaje de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado.

- **Fórmula:** (Promedio de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado / Número de personas bajo control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado) x 100.
- **Numerador:** Promedio de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado.
- **Denominador:** Número de personas bajo control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado.
- **Medio de verificación:** REM A04 Sección J Recetas despachadas a personas en control de salud cardiovascular y REM P04 sección A, Población bajo control de Salud Cardiovascular.
- **Meta 2:** 100% de las personas en control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de sus medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- **Frecuencia:** Semestral.
- **Ruta REM:** REM A 04 Sección J (COL12) (Promedio enero a junio 2024) / REM P 04 Sección A COL01 (junio 2024).

Se estima que el 100% de las personas bajo control de salud cardiovascular tienen indicación de tratamiento farmacológico, con entrega de medicamentos de manera mensual, por lo que para evaluar este indicador se deberá considerar:

1 receta que contenga a lo menos un medicamento de salud cardiovascular (HTA, DM tipo 2 y DLP) = 1 persona bajo control de salud cardiovascular.

En el caso de que un establecimiento de salud entregue tratamiento farmacológico para dos meses, deberá considerar para el registro en REM A04 Sección J la dispensación de 2 recetas.

Se deberá considerar para este indicador, todas las recetas que contenga a lo menos un medicamento del listado que se encuentra en el Anexo N°7 de OOTT Programa FOFAR vigente.

**Indicador N.º 3:** Porcentaje establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo y se encuentran funcionando en extensión horaria, en el periodo evaluado

- **Fórmula:** (Nº de establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo (20% CPM) del listado de medicamentos definido por el Programa y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria en el periodo evaluado / N° Total de

establecimientos de Atención Primaria de Salud supervisados en el periodo evaluado) \* 100.

- **Numerador:** (Nº de establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo (20% CPM) del del listado de medicamentos definido por el Programa y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria en el periodo evaluado.
  - **Denominador:** Nº Total de establecimientos supervisados de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado) \* 100.
  - **Medio de verificación:** Pauta de evaluación de disponibilidad de medicamentos del Programa Fondo de Farmacia.
  - **Meta 3:** 100% de los establecimientos supervisados cumplen con el stock mínimo y el botiquín/farmacia se encuentra funcionamiento en extensión horaria.
  - **Frecuencia:** Semestral.
- I. Se debe evaluar que el centro de salud disponga de un stock de a lo menos un 20% del Consumo Promedio Mensual (CPM) de los medicamentos señalados en Anexo N° 8 de la OOTT Programa FOFAR vigente, entendiéndose para tal efecto, por CPM, como el consumo promedio de los 3 meses anteriores al mes en que se realiza la visita.
  - II. Los Servicios de Salud deberán realizar a lo menos tres visitas mensuales en extensión horaria a Centros de Salud Familiar (CESFAM) de su jurisdicción, para evaluar la existencia de stock mínimo disponible (a lo menos un 20% del CPM) del listado de medicamentos definidos en el Programa y supervisar que el botiquín/farmacia se encuentre funcionando en extensión horaria.
  - III. En los casos de que el Centro de Salud Familiar, quede a una distancia de traslado mayor a 3 horas desde el Servicio de Salud, o que el traslado deba realizarse vía aérea, se podrá realizar esta supervisión vía telemática (vía sistema de ficha electrónica o a través de una videollamada).
  - IV. Dicha evaluación quedará registrada mediante la aplicación de una Pauta que evidencie la existencia del stock mínimo, la cual será consolidada en informe semestral remitido por el Servicio de Salud a referente técnico del Programa. La Pauta de evaluación estará contenida en las Orientaciones Técnicas del Programa.
  - V. **En aquellas comunas que no tienen Centros de Salud Familiar el peso relativo de este indicador se le sumara al del indicador N° 1.**

**Indicador N.º 4:** Porcentaje de cumplimiento de actividades farmacéuticas.

- **Fórmula:** (Número de actividades farmacéuticas realizadas durante el periodo evaluado/Total de actividades farmacéuticas programadas durante el año evaluado) x 100.
- **Numerador:** Número de actividades farmacéuticas realizadas durante el periodo evaluado.
- **Denominador:** Total de actividades programadas durante el año evaluado.
- **Medio de verificación:** REM A04 Sección I, Servicios Farmacéuticos.
- **Meta 4:** 50% de cumplimiento a junio y 100% cumplimiento de las actividades comprometidas a diciembre.
- **Frecuencia:** Semestral.
- **Ruta REM:** REM A 04 Sección I (COL02) (Σ actividades registradas en el periodo evaluado).

Si el cumplimiento indicador N° 4 es inferior al 50% y 100% según corte, se deberá ponderar el resultado obtenido, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL INDICADOR, CORTE JUNIO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL INDICADOR, CORTE DICIEMBRE	PORCENTAJE DE PONDERACIÓN DEL INDICADOR
≥ 50%	100%	20

Entre 40,00% y 49,99%	Entre 90,00% y 99,99%	15
Entre 30,00% y 39,99%	Entre 80,00% y 89,99%	10
Entre 20,00% y 29,99%	Entre 70,00% y 79,99%	5
< a 20%	< a 70%	0

- I. Para este Indicador, las definiciones y rendimiento de las actividades farmacéuticas se encuentran descritas en la Orientación Técnica de programación en red vigente al año.
- II. Se debe considerar, que los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las comunas que reciben recursos del Programa FOFAR y que cuentan con profesional Químico Farmacéutico (44 horas) deberán destinar al menos 11 horas semanales, para realizar actividades farmacéuticas o en su efecto un proporcional respecto de las horas contratadas (33 hrs, 22 hrs u 11 hrs.).
- III. Quedan excluidos de este indicador, aquellos profesionales Químicos Farmacéuticos con dedicación exclusiva en Droguería y aquellos con dedicación exclusiva gestión comunal.
- IV. En el caso de que la comuna, no cuente con horas de Químico Farmacéutico, el peso relativo de este indicador se le sumara al del indicador N° 1.

#### INDICADORES SECUNDARIOS (NO SUJETOS A RELIQUIDACIÓN\*)

**Indicador N.º 5:** Porcentaje de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.

- **Fórmula:** (Número de reclamos solucionados en menos de 24 horas/Total de reclamos recibidos) x 100.
- **Numerador:** Número de reclamos de los usuarios atingentes al programa con solución (entrega de fármaco) dentro de 24 horas hábiles.
- **Denominador:** Total de reclamos de los usuarios atingentes al programa.
- **Medio de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por MINSAL, registro proporcionado por cada Servicio de Salud o Tablero de gestión de Reclamos programa FOFAR.
- **Meta 5:** 100% de los reclamos con solución dentro de las 24 horas hábiles.
- **Frecuencia:** Semestral.

Es importante considerar que las "24 horas hábiles" se refiere al tiempo que transcurre entre el momento que se genera el reclamo y las siguientes 24 horas, sin considerar los días de fin de semana ni feriados.

**Indicador N.º 6:** Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total de medicamentos adquiridos.

- **Fórmula:** (Valorizado de medicamentos mermados en el periodo evaluado / Total valorizado de medicamentos adquiridos financiados por el Programa en el periodo evaluado) x 100.
- **Numerador:** Valorizado de medicamentos mermados en el periodo evaluado.
- **Denominador:** Total valorizado de medicamentos adquiridos financiados por el Programa en el periodo evaluado
- **Medio de verificación:** Reporte Plataforma web indicada por MINSAL (informes corte programado) y/o registro proporcionado por cada Servicio de Salud.
- **Meta 6:** 0.99% de merma comunal.
- **Frecuencia:** Semestral.

El cumplimiento del Indicador N°6 es inferior al 100%, se deberá ponderar su resultado obtenido de acuerdo con el siguiente cuadro:

RESULTADO OBTENIDO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ASIGNADO
$X \leq 0,99\%$	100%
$1,24\% \geq X \leq 1,00\%$	75%
$1,49\% \geq X \leq 1,25\%$	50%
$2,00\% \geq X \leq 1,50\%$	25%
$X > 2,00\%$	0%

El monitoreo del **indicador 6, mermas**, se realizará mediante una fórmula de cálculo dentro de las plataformas MINSAL disponibles, o mediante el registro proporcionado por cada SS, el que se construirá con las siguientes consideraciones para cada establecimiento:

- I. Se considerará como merma todo aquel medicamento que se encuentre vencido, deteriorado, extraviado o bien que no esté apto para dispensar a usuarios.
- II. La valoración de las mermas e inventario se debe realizar en conformidad a lo establecido en las Normas Internacionales Contables para el Sector Público (NICSP).
- III. El cálculo del indicador se realizará en relación con los fármacos adquiridos que pertenezcan al Programa FOFAR independiente de la vía de financiamiento (per cápita o con recursos del programa) y el precio ponderado de cada medicamento.
- IV. En forma semestral los municipios deberán enviar el consolidado de mermas generadas tanto en los establecimientos como en bodegas o droguerías comunales en conjunto con el inventario realizado de las mismas. Este informe debe considerar unidades y monto valorizado.

**Indicador N.º 7:** Inventarios valorizados de medicamentos del Programa FOFAR.

- **Fórmula:** (Nº de Informes de inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizado a nivel comunal + inventario droguería del Servicio de Salud (SS) + inventario de establecimientos APS dependientes del SS) realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre) / (Nº de comunas + 1 (Droguería del SS) + Nº de establecimientos APS dependientes del SS).
  - **Numerador:** Nº de Informes de inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizado a nivel comunal + inventario droguería del Servicio de Salud (SS) + inventario de establecimientos APS dependientes del SS) realizados en fecha de corte de informe del Programa (junio/diciembre).
  - **Denominador:** Nº de comunas + 1 (Droguería del SS) + Nº de establecimientos APS dependientes del SS.
  - **Medio de verificación:** Registro de cada Servicio de salud.
  - **Meta 7:** 100% comunas, establecimientos dependientes del SS y la Droguería del SS, realizan informe con detalle del inventario valorizado de medicamentos del Programa FOFAR realizados en fecha de corte de Informe del Programa (junio/diciembre).
  - **Frecuencia:** Semestral y Anual
- I. El cálculo del indicador se realizará en relación con los fármacos adquiridos que pertenezcan al Programa FOFAR independiente de la vía de financiamiento (per cápita o con recursos del programa).
  - II. El informe de inventario valorizado deberá contener los stocks disponibles en los establecimientos de salud de la comuna y el stock en Droguería Comunal y deberá considerar el precio ponderado por cada medicamento.
  - III. El inventario deberá ser realizado en los meses de junio y diciembre del año en curso.

- IV. Tanto en el numerador como en el denominador, se deberán considerar el total de comunas de la jurisdicción de la Servicio de Salud, stock de la Droguería del SS y los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que reciban financiamiento a través del Programa FOFAR.

**Indicador N.º 8:** Porcentaje de Servicios de Salud y Comunas que cumplan con Recursos Humanos contratado, financiados con el Programa FOFAR (Incluye aquellos cargos financiados por Subtítulo N°21 - 22 y 24).

- **Fórmula:** (Número de Recursos Humanos financiado por Programa FOFAR con contrato vigente/Total de Recursos Humanos Asignado a comuna o Servicio de Salud) x 100.
- **Numerador:** Número de Recursos Humanos financiado por Programa FOFAR con contrato vigente.
- **Denominador:** Total de Recursos Humano Asignado a comuna o Servicio de Salud Financiado por el Programa FOFAR.
- **Medio de verificación:** Registro de cada Servicio de salud.
- **Meta 8:** 100% de los Servicios de Salud y Comunas cumplan con el número de Recursos Humanos asignado por el programa.
- **Frecuencia:** Semestral

\* El no cumplimiento de este parámetro puede condicionar la entrega de recursos del año siguiente.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar Informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará a la

comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

**Del personal**

Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, reglamentos, leyes complementarias y leyes de aplicación supletoria.

**De los plazos**

Los plazos definidos en el presente Instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Dirección de Servicio (o Subdirección de APS), previo informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

**CUARTA:** De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	<b>\$84.881.813.- Ochenta y cuatro millones ochocientos ochenta y un mil ochocientos trece</b>	Primera cuota	\$59.417.269.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$25.464.544.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha inicio Convenio / Addendum	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.				
e Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo por cada componente				

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo Nº18 de la Resolución Nº 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior,". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, instrucción impartida en el Artículo Nro.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2025.

**Detalle Financiero:**

FONDO DE FARMACIA	MONTO
FÁRMACOS	\$ 42.801.587
RR.HH. QUÍMICO FARMACÉUTICO	\$ 26.550.732
INSUMOS CURACIÓN PIE DIABÉTICO	\$ 4.429.494
MEJORAMIENTO BODEGAS	\$ 11.100.000
TOTAL PROGRAMA	\$ 84.881.813

**QUINTA:** El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f) Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión Integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

**SEXTA:** Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

**SÉPTIMA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2026 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

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.

**OCTAVA:** El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

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 mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

**NOVENA:** El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal y la aprobación del Servicio mediante medio de comunicación por escrito. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

**DÉCIMA:** En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente Instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

**DÉCIMA PRIMERA:** El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

**DÉCIMA SEGUNDA:** La personería de D. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.



D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN  
 ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN  
 DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv

**ANEXO: "PLAN DE GASTOS"**

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

<b>PLAN DE GASTOS</b>			
PROGRAMA			
Nº RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.