



DEPARTAMENTO DE SALUD

**MAT: CONVENIO PROGRAMA FONDO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD 2021**

LA HIGUERA, 30 MAR. 2021

**VISTOS:**

El D.F.L. N°1/05 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763 del 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N°1600/2008 y 759/03 ambas de la Contraloría General de la Republica, D.S. N°117 del 22.11.2010 del Ministerio de Salud., la Resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República y en uso de las atribuciones que me confiere la ley:

**CONSIDERANDO:**

Resolución Exenta 888 de fecha 08 de Marzo 2021.-

**DECRETO ALCALDICIO N° 000636 /**

**APRUEBASE, el "CONVENIO PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2021"-LA HIGUERA ENTRE SERVICIO DE SALUD COQUIMBO Y I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA."** de fecha 25 de Febrero del 2021, suscrito entre la I. Municipalidad de La Higuera y el Servicio de Salud Coquimbo

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE A QUIENES CORRESPONDA Y ARCHÍVESE.**



Secretario Municipal  
Carlos Flores Tabilo

**SECRETARIO MUNICIPAL** *lh*

**Distribución:**

- 1.- Correlativo
  - 2.- Encargado del Programa
  - 3.- Finanzas
  - 4.- Secretaría Municipal
- EMR/agc*



Carlos Flores González  
ALCALDE

*lh*



NAA / MET / MSV / ctz.

ORIGINAL

DIRECCIÓN DE SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 888

LA SERENA,

- 8 MAR. 2021

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°7/2019 ambas de la Contraloría General de la República y Decreto Exento N 102 de fecha 31 de Diciembre de 2019 del Ministerio de Salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020 del Servicio de Salud Coquimbo; y

**CONSIDERANDO**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 84 del 2 de febrero de 2021**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante de este protocolo, en que el Hospital 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° 139 del 5 febrero de 2021**, dicto lo siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°.- **APRUEBASE** el convenio de fecha 25.02.2021 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director (S) **D. EDGARDO GONZALEZ MIRANDA**, relativo al Programa de Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónica no Transmisibles, según se detalla en el presente instrumento.

**CONVENIO  
PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
2021**

En La Serena a 25.02.2021 se suscribió el convenio entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director (S) **D. EDGARDO GONZÁLEZ MIRANDA** según Decreto Exento N° 01 del 8 de enero de 2021 del Ministerio de Salud en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. La Paz N°02, La Higuera, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** de ese mismo domicilio, persona jurídica según Decreto Alcaldía N°5039/16 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 y específica.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 84 del 2 de febrero de 2021**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante de este protocolo, en que el Hospital 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° 139 del 5 febrero de 2021**.

**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	COMPRESIDO	100 MG
	ATORVASTATINA	COMPRESIDO	20 MG
	ENALAPRIL	COMPRESIDO O COMPRESIDO RANURADO	10 MG
	GLIBENCLAMIDA	COMPRESIDO O COMPRESIDO RANURADO	5 MG
	LOSARTAN	COMPRESIDO	50 MG
	METFORMINA	COMPRESIDO O COMPRESIDO RECUBIERTO	850 MG
	METFORMINA	COMPRESIDO DE LIB. PROLONGADA (XR)	1000 MG
HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL	ACIDO ACETILSALICILICO	COMPRESIDO	100 MG
	AMLODIPINO	COMPRESIDO	5 MG
	AMLODIPINO	COMPRESIDO	10 MG
	ATENOLOL	COMPRESIDO	50 MG
	ATORVASTATINA	COMPRESIDO	20 MG
	CAPTAPRIL	COMPRESIDO	25 MG
	CARVEDILOL	COMPRESIDO	6,25 MG
	CARVEDILOL	COMPRESIDO	25 MG
	ENALAPRIL	COMPRESIDO O COMPRESIDO RANURADO	10 MG
	ESPIRONOLACTONA	COMPRESIDO	25 MG
	FUROSEMIDA	COMPRESIDO	40 MG
	HIDROCLOROTIAZIDA	COMPRESIDO	50 MG
LOSARTAN	COMPRESIDO	50 MG	
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA	COMPRESIDO	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 úlcera activa.

- Se describen dispositivos médicos de curación avanzada de úlcera 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 úlcera 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 úlcera 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	
PHMB Rollo 11,7 cm x 3,7 m	
Apósito de Ringer + PHMB lámina 10 x 10 cm	18
Apósito Miel Gel (30 g)	
<b>Apósito Primario (Absorbentes)*</b>	
Espuma Hidrofílica con Silicona lámina 10 x 10 cm	
Espuma Hidrofílica con Hidrogel lámina 10 x 10 cm	
Alginato lámina 10 x 10 cm	
Carboximetilcelulosa lámina 10 x 10 cm	7
<b>Apósito Primario (Hidratantes)*</b>	
Tull de silicona lámina 10 x 10 cm	
Apósito de Poliéster lámina 10 x 10 cm	
Apósito de Nylon lámina 10 x 10 cm	3
Hidrogel tubo 15 g	
<b>Apósito Primario (Regenerativos)*</b>	
Colágeno	
Inhibidor de la Metaloproteasa	2
<b>Otros Insumos</b>	
Espuma limpiadora de piel	1 botella (10 cc por curación)
Venda Semi-Elastica 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 10 curaciones (Cantidad)
<b>Apósito Primario (Bactericidas)*</b>	
Plata Nanocrystalina lámina 10 x 10 cm	
Alginato con Plata lámina 10 x 10 cm	
Tull con Plata lámina 10 x 10 cm	14
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-Elastica 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 (ante pie, retro pie, 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 retro pie	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.
<b>Cantidad</b>	<b>Observaciones</b>
1 por paciente	Zapato / Calzado ortopédico de descarga - Botín descarga Calzado para el cuidado de heridas/úlceras plantares 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 La Higuera	1	44

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

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual, única y total de \$ 12.912.748 (DOCE MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO 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 (\$)		
\$ 5.272.795	\$ 834.789	\$ 6.805.164		\$ 12.912.748

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

1. Otorgar acceso oportuno a la población a medicamentos definidos en el arsenal básico del Servicio de Salud en Atención Primaria de Salud para enfermedades no transmisibles, con prioridad en problemas de salud cardiovascular. Lo anterior se basa en la canasta de fármacos e insumos descritos en la Orientación Técnica vigente del programa.

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

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

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

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

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

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	META N°	PESO RELATIVO (%)
Población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas y apoyo en la adherencia al tratamiento	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 transmisibles en los establecimientos de atención primaria.	Meta 1. 100% de las recetas entregadas a personas con condición crónica con despacho total y oportuno.	40%
		Indicador N° 2: Porcentaje de 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 cumplimiento informes evaluación de Cortes.	Meta 3. 100% de establecimientos de la comuna, Servicios de Salud enviarán informes evaluación para cortes del programa.	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 de Fármacos Stock de Seguridad.	25%
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>				<b>100%</b>



**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 de ellos al 31 de julio de 2021. 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 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

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

- b. El segundo y final al 31 de diciembre de 2021, 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.

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

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

El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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

**DÉCIMA PRIMERA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7º de la Ley N° 21.289.

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 2021. 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 2021 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 período 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 otra lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los límites de transferir a la Municipalidad las prestaciones que este incluye y los demás ajustes que serán necesarios para su operación.

**DECIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en un ejemplar quedando en poses del Servicio de Salud.

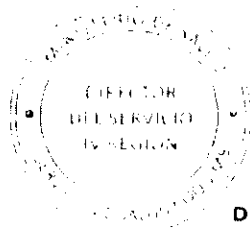
**Firmas Legibles.**

**D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDON**  
ALCALDE  
1. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA

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

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

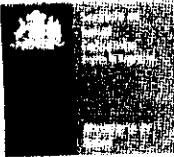
**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**



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

**DISTRIBUCIÓN:**  
Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Sedepto: Atención Clínica y Diagnóstica  
Av. Francisco de Aguirre # 795 La Serena  
Teléfono: (51) 2333763 - 513763



**CONVENIO  
PROGRAMA FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 2021**

En La Serena a 25 FEB 2021 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 (S) **D. EDGARDO GONZÁLEZ MIRANDA**, según Decreto Exento N° 01 del 8 de enero de 2021 del Ministerio de Salud en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. La Paz N°02, La Higuera, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°5039/16 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 y específica.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 84 del 2 de febrero de 2021**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante de este protocolo, en que el Hospital 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° 139 del 5 febrero de 2021**.

**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 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 (Bacterioestáticos)*</b>	
DACC lámina 10 x 10 cm	
PHMB Rollo 11,7 cm x 3,7 m	
Apósito de Ringer + PHMB lámina 10 x 10 cm	18
Apósito Miel Gel (30 g)	
<b>Apósito Primario (Absorbentes)*</b>	
Espuma Hidrofílica con Silicona lámina 10 x 10 cm	
Espuma Hidrofílica con Hidrogel lámina 10 x 10 cm	
Alginato lámina 10 x 10 cm	7
Carboximetilcelulosa lámina 10 x 10 cm	
<b>Apósito Primario (Hidratantes)*</b>	
Tull de silicona lámina 10 x 10 cm	
Apósito de Poliéster lámina 10 x 10 cm	
Apósito de Nylon lámina 10 x 10 cm	3
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-Elastica 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 (Ác. 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 10 curaciones (Cantidad)
<b>Apósito Primario (Bactericidas)*</b> Plata Nanocristalina lámina 10 x10 cm Alginato con Plata lámina 10 x 10 cm Tull con Plata lámina 10 x 10 cm Hidrogel con Plata tubo 15 g	14 1 tubo por canasta (3 gramos por curación solo en aprox. 4 curaciones de las 10)
<b>Otros Insumos</b> Espuma limpiadora de piel Venda Semi-Elasticada 8 cm x 4 mts Protector Cutáneo Spray 28 ml Solución Limpiadora con Polihexanida 0,1% 350 ml Curetas 3 mm o 4 mm	0.5 botella por canasta 10 1 botella (1.4 cc por curación) 1 botella (15 cc por curación) 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 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.
<b>Cantidad</b> 1 por paciente	<b>Observaciones</b> Zapato / Calzado ortopédico de descarga -Botín descarga Calzado para el cuidado de heridas/úlceras plantares 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 La Higuera	1	44

Para efectos de asegurar la entrega de medicamentos y la respuesta oportuna a los reclamos, el recurso aportado de Técnicos de Nivel Superior de Farmacia o Auxiliar Paramédico de Farmacia,



deberá cumplir funciones de almacenamiento, despacho, registro y toda otra actividad asociada a la unidad de Farmacia o Botiquín. Estos funcionarios no podrán ser destinados a otras funciones.

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual, única y total de \$ 12.912.748 (DOCE MILLONES NOVECIENTOS DOCE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO 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 Ple Diabético (\$)	RRHH (\$)	
\$ 5.272.795	\$ 834.789	\$ 6.805.164	\$ 12.912.748

**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. Lo anterior se basa en la canasta de fármacos e insumos descritos en la Orientación Técnica vigente del programa.
- 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 atinentes 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 cumplimiento Informes evaluación de Cortes.	Meta 3. 100% de establecimientos de la comuna, Servicios de Salud enviarán Informes evaluación para cortes del programa.	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 de Fármacos Stock de Seguridad.	25%
<b>CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>				<b>100%</b>

**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 de ellos al 31 de julio de 2021. 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 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

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

- b. El segundo y final al 31 de diciembre de 2021, 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.

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

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

El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e Informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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

**DÉCIMA PRIMERA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7º de la Ley N° 21.289.



**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2021. 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 2021 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.



**D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDON**  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA



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

NAA / JVO / PGG / MCT / MSV