

**RESUMEN EJECUTIVO
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

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

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

PANELISTAS:
MARCELA FERRER-LUES (COORDINADORA)
MARÍA LUISA DAIGRE
IVAN VALDES

ENERO - AGOSTO 2018

NOMBRE PROGRAMA: Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud” (FOFAR)
AÑO DE INICIO: 2014
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN:

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2018: \$40.949 millones (pesos 2018)

1. Descripción general del programa

El programa “Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud” (FOFAR) se orienta a “asegurar continuidad en los tratamientos farmacológicos¹ de la población que se atiende en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), con prioridad en problemas de salud cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA) y dislipidemia (colesterol elevado, DLP), mejorando la adherencia a los tratamientos y compensación². Su ejecución recae en la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL), División de Atención Primaria (DIVAP), a través de la Red de Centros de Salud de APS. Se ejecuta en todos los establecimientos de atención primaria de salud del país, dependientes de los municipios o de los Servicios de Salud (SS), como también ONGs en convenio con los SS. Comenzó a ejecutarse el año 2014. Dado que se trata de un Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria³, no tiene fecha prevista de término.

Fin: “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población bajo control con DM2, HTA y DLP”.

Propósito: “Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS⁴ con diagnóstico de DM2, HTA y DLP, el acceso oportuno y seguro a los medicamentos⁵, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas, incorporando actividades de información y/o comunicación para apoyar la adherencia al tratamiento⁶”.

El programa cuenta con dos componentes⁷:

Componente 1: Población con diagnóstico de HTA, DM2 y DLP que se atiende en establecimientos de APS con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos y apoyo en la adherencia al tratamiento: Fondo de Farmacia (medicamentos e insumos), Adherencia al Tratamiento (mensajería);

¹ Incluye también la entrega de dispositivos médicos e insumos para la curación avanzada de pie diabético.

² Propósito incluido en la Resolución Exenta N°24 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud del 8 de enero de 2018. Las resoluciones que aprueban el programa en 2016 y 2017 definen el mismo propósito. Las resoluciones para 2014 y 2015 lo definen de la siguiente manera: “La población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria de Salud accede con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad, a través de estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud”.

³ Los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) surgieron en 1990 con el objetivo de resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutoria y cobertura asistencial (DIPRES. Informe de Síntesis: Evaluación en Profundidad de Programas, Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria. 2005. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-141040_r_ejecutivo_institucional.pdf (revisado el 1 de julio de 2018).

⁴ La población bajo control es aquella que registra al menos una atención en un centro de atención de salud primaria y se actualiza en los meses de junio y diciembre de cada año. Para acceder a la atención de salud en el nivel primario es requisito ser beneficiario FONASA y estar inscrito en el consultorio más cercano al domicilio. Todas las atenciones médicas, insumos y medicamentos entregadas en el nivel primario son gratuitas para todos los tramos FONASA (A, B, C y D).

⁵ Se entenderá como medicamentos aquellos definidos en la canasta FOFAR o disponibles en el arsenal de cada Servicio de Salud (definición elaborada por el programa).

⁶ El propósito fue definido por el panel en base a definiciones entregadas por el programa.

⁷ La definición de los componentes fue elaborada por el panel, considerando los documentos de Orientación Técnica 2014, 2015, 2016-2017 y 2018; las resoluciones que aprueban el programa para los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 y la información entregada por el programa en las reuniones sostenidas con el panel. La definición mantiene los conceptos centrales incluidos en dichos documentos y a la vez integra algunos elementos no considerados en ellos, en particular lo relativo al mejoramiento de infraestructura y equipamiento de farmacia en los Servicios de Salud y los establecimientos APS. El panel propone un reordenamiento de los componentes y principales actividades del programa, que a su juicio da cuenta de mejor manera de la estructura y actividades del programa (ver Recomendaciones).

Sistema de solución de reclamos; y Stock Crítico (asegurar provisión de medicamentos por un período de dos meses).

Componente 2: Gestión Farmacéutica: Recursos Humanos (contratación⁸ de Químicos Farmacéuticos (QF), Técnicos de Enfermería Nivel Superior en Farmacia, Técnicos de Nivel Superior en Farmacia o Auxiliares de Farmacia en el Servicio de Salud o el Municipio), Sistema de Control (módulos de farmacia y plataforma web⁹); y Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de farmacia en los SS y los establecimientos APS, mediante la compra de refrigeradores clínicos, habilitación de bodegas, o similares.

Ambos componentes son ejecutados en el nivel local por los SS y los establecimientos APS. La formulación de las orientaciones técnicas y administrativas, como también el monitoreo y evaluación se realizan en el nivel central, en el Departamento Modelo de Atención de la DIVAP.

La población potencial corresponde a “Personas de 15 años y más que se atienden en el sistema público de salud y que tienen al menos uno de los siguientes problemas de salud: DM2, HTA, y DLP”¹⁰. Por su parte, la población objetivo está compuesta por “Personas de 15 años y más que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), que presentan al menos uno de los siguientes diagnósticos: DM2, HTA y DLP”¹¹. Los beneficiarios corresponden a las personas que componen la población objetivo y que han presentado al menos una receta de medicamentos durante un año calendario. La cuantificación se presenta en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Población Potencial, Objetivo y Beneficiarios 2014-2017

Año	Población Potencial (a)	Población Objetivo (b)	Beneficiarios Efectivos (c)	% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)
2014	4.115.200	2.090.174	1.734.301	42,1	83,0
2015	4.437.456	2.163.914	2.129.935	48,0	98,4
2016	4.542.688	2.241.715	2.186.119	48,1	97,5
2017	4.583.177	2.301.144	2.215.273	48,3	96,3
%Variación 2014-2017	11,4	10,1	27,7		

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

El programa se financia con los recursos contenidos en la Ley de Presupuesto del Sector Salud y su finalidad es “garantizar la disponibilidad de recursos para solventar los gastos asociados a las estrategias¹² que busquen lograr mejorar la adherencia y compensación de pacientes crónicos de enfermedades no transmisibles, y a su vez financiar la plataforma de monitoreo y gestión Tablero de Mando FOFAR”. El presupuesto presentó un aumento del 46,2% en el período evaluado; en el año 2018 el presupuesto total comprendió alrededor de 41 mil millones de pesos.

2. Resultados de la Evaluación

▪ Justificación del programa

El programa se creó en 2014 y corresponde al séptimo de los 50 compromisos de la Presidenta Bachelet¹³. Sus beneficiarios se atienden en el sector público de salud, es decir, corresponden a grupos vulnerables. Cabe señalar que los datos disponibles para 2016 muestran que el 57,3% de la población

⁸ La modalidad de contratos puede ser a honorarios o contrata, dependiendo de las posibilidades/prácticas de cada Municipio. El programa no puede establecer una prioridad de contratación del Municipio o del Servicio de Salud.

⁹ El sistema de seguimiento y control del Programa se realiza a través de dos modalidades dependiendo si el establecimiento cuenta o no con módulo de farmacia informatizado: a) Aquellos centros de salud que cuentan con módulo de farmacia informatizado, se integrarán a SIDRA a objeto de obtener los reportes a nivel de establecimiento, comuna, Servicio de Salud y DIVAP; b) Aquellos que no cuentan con informatización de la farmacia, se dispondrá de una plataforma en la cual deberán ingresar la información concerniente al Programa. Fuente: Orientación Técnica del Programa 2018, pág. 23.

¹⁰ Esta definición fue elaborada por el panel.

¹¹ Esta definición fue elaborada por el programa durante esta evaluación, en conjunto con el panel.

¹² Estrategias: Compra y correcto almacenamiento de medicamentos e insumos APS. Res. Ex. N° 24 del 08.01.2018, pág. 7.

¹³ Michelle Bachelet. “50 Compromisos para mejorar la calidad de vida en el Chile de todos. 100 primeros días de Gobierno”. Santiago, 2013, pág. 7.

que se atiende en el sector público de salud corresponde a los grupos FONASA A y B (ingresos mensuales por cotizante inferiores a \$276 mil¹⁴, mientras que el 15,4% restante corresponde a los tramos C (ingresos entre 276 mil y 402.960) y el 27,3% al D (ingresos de 402.961 y más)¹⁵. Esto significa que 72,7% de los beneficiarios FONASA corresponden a cotizantes con ingresos menores a \$402.960¹⁶. Las prestaciones que se entregan en APS son gratuitas para los beneficiarios FONASA inscritos en el establecimiento APS respectivo, independientemente de su tramo, lo que está garantizado por ley¹⁷. Por ello, no corresponde que FOFAR focalice su intervención según el ingreso de los beneficiarios.

Los problemas de salud abordados por FOFAR (HTA, DM2 y DLP) corresponden a problemas de salud cardiovascular¹⁸ que dan cuenta del perfil epidemiológico y demográfico de la población del país, caracterizado por un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles y un progresivo envejecimiento¹⁹. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad, tienen una alta morbilidad y alta prevalencia en la población total del país, tanto en hombres como en mujeres. En el caso de la HTA las prevalencias (2016-2017) por sexo en la población nacional son similares (28% en ambos sexos), mientras que la DLP es mayor en las mujeres (29,4% versus 26,1% en hombres), como también la DM2 (14,0% versus 10,6%, respectivamente) (Cuadro 2).

Cuadro 2: Prevalencia de diabetes mellitus tipo2, hipertensión arterial y colesterol elevado según sexo en Chile, 2003, 2009-2010 y 2016-2017 (porcentajes)

Problema de salud	2003			2009-2010			2016-2017		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
DM2	4,8	3,8	6,3	8,3	9,7	9,4	10,6	14,0	12,3(*)
HTA	36,7	30,8	33,7	28,1	25,0	26,5	27,5	27,7	27,6(**)
DLP	35,1	35,6	35,4	39,0	38,1	38,5	26,1	29,4	27,8

(*) La diabetes mellitus 2 corresponde a "sospecha de diabetes mellitus": personas con autoreporte y/o tratamiento médico por DM o glicemia elevada mayor o igual a 126 mg/dl.

(**) La Hipertensión arterial corresponde a "sospecha de hipertensión arterial": personas con autoreporte y/o tratamiento médico o con presión elevada mayor a 140/190.

Fuente: MINSAL/PUC/UAH. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, 2011; MINSAL. Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) Primeros resultados. Noviembre de 2017 y MINSAL. Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) Segunda entrega de resultados. Enero de 2018.

En cuanto a la distribución por edad, la prevalencia de la diabetes y la hipertensión aumentan con la edad. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017²⁰, la DM2 afecta 18% de las personas de entre 45 y 64 años y al 31% de las personas de 65 y más. En el caso de la HTA la prevalencia es más elevada, llegando a 45% y 73% en ambos grupos, respectivamente. En el caso de la DLP, la prevalencia es mayor en el grupo de 45 a 64 años respecto de los de 65 y más (40,1% versus 29,2%, respectivamente). No obstante, en el grupo 25 a 44 años las prevalencias son importantes, especialmente la DLP (21,7%),

¹⁴ Información disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>.

¹⁵ FONASA. "Boletín Estadístico 2015-2016". Santiago, 2017.

¹⁶ Cabe señalar que los beneficiarios de FOFAR tienen en promedio menores ingresos que el total de beneficiarios de FONASA, puesto que el tramo ABC representa 83,1% en los primeros y 72,7% en los segundos. Véase Cuadro 35 del Informe Final.

¹⁷ La Resolución Exenta 1717 - Determina porcentaje de contribución del Estado al financiamiento de las prestaciones de la modalidad institucional del Régimen de Prestaciones de Salud, creado por la Ley N°18.469 (marzo 2006) establece que el Estado tiene una contribución de 100% para todos los grupos FONASA (A, B, C y D) en las atenciones entregadas en establecimientos de atención primaria de salud. Esto incluye consulta o control médico integral, consulta de psicólogo, exámenes de laboratorio, imágenes, curación de heridas y lesiones, atención odontológica y todos los medicamentos e insumos contenidos en el arsenal farmacológico básico. Véase: <http://bcn.cl/24192>

¹⁸ La DM2 es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y a la vez una enfermedad crónica. El MINSAL la aborda a través del PSCV y no cuenta con otro programa específico para diabetes, por lo que se trata bajo el rótulo "problemas de salud cardiovasculares".

¹⁹ Según las estimaciones y proyecciones vigentes del CELADE, en 2015 el 15% de población tiene 60 años o más, cifra que se elevará a 21% en el 2025 y a 31% en el 2050. Véase: CELADE. Estimaciones y Proyecciones de Población de Largo Plazo para los Países de América Latina, 1950-2100. Revisión 2013. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

²⁰ MINSAL. Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) Primeros resultados. Noviembre de 2017 y MINSAL. Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) Segunda entrega de resultados. Enero de 2018.

seguido de HTA (10,6%) y DM2 (6,3%). La DM2 también tiene una prevalencia importante en la población de 20 a 24 años, que llega a 9,6%.

Las personas con HTA, DM2 y cerca del 80% de las personas que tienen DLP²¹ requieren tratamiento farmacológico de largo plazo o permanente, y una parte importante requiere varios fármacos, debido a la comorbilidad²². Los medicamentos permiten tratar y atenuar las enfermedades y sus síntomas, evitando complicaciones de morbilidad y mortalidad prematura por ausencia de tratamiento. Desde el punto de vista sanitario, todo esto justifica su abordaje por parte del programa.

Es importante consignar que el programa no parte de cero. Antes de su creación, los establecimientos APS entregaban medicamentos gratuitos a la población bajo control que presentaba los problemas de salud abordados por FOFAR. Sin embargo, se habría detectado que no siempre los medicamentos estaban disponibles o, si lo estaban, no lo hacían de forma oportuna para garantizar la continuidad del tratamiento y, por tanto, su efectividad. Esto significaba que un número importante de pacientes se descompensaban, con los consecuentes problemas de salud y mayores costos asociados a los tratamientos

El programa no contó con un diagnóstico que diera cuenta acabada del problema señalado, aunque se tenían los antecedentes señalados. A esto se suman los graves problemas en el acceso a medicamentos en el sector privado, que han sido reconocidos transversalmente y que han dado lugar a distintas intervenciones de política pública (por ejemplo, farmacias creadas por los municipios, a partir de la Farmacia Popular instalada por la municipalidad Recoleta en 2015, Ley de Fármacos 1 y 2, el reciente sitio web creado por el MINSAL “Tu Farmacia”). En ausencia del programa, sus beneficiarios podrían ver interrumpidos sus tratamientos por no recibir el tratamiento de manera oportuna, con los consecuentes daños en sus condiciones de salud y mayores costos por atenciones de mayor complejidad. Quienes quisieran mantener la continuidad de sus tratamientos tendrían que recurrir al sector privado, enfrentando altos costos que podrían ser cubiertos solo por una fracción de los beneficiarios. Cabe destacar que el 83,1% de los beneficiarios de FOFAR corresponde a cotizantes con ingresos inferiores a \$402.961 y que el 71,7% tiene ingresos inferiores a \$276.000²³. Una fiscalización realizada por la Superintendencia de Salud en 2015²⁴, mostró que 92,3%²⁵ de los medicamentos cotejados, garantizados por FOFAR para HTA y DM2, estaban 100% disponibles. Por contraste, la fiscalización realizada en 2014, que puede tomarse como línea base, mostró una disponibilidad total en 53,8% de los medicamentos cotejados, lo que significa que hubo un aumento de 38,5 puntos porcentuales entre 2014 y 2015²⁶. Esto ilustra el impacto de FOFAR en el aumento de la disponibilidad de los medicamentos para dos de los problemas de salud que aborda, en el segundo año de funcionamiento²⁷. Además, la fiscalización de 2014 encontró que el 67% de los fármacos correspondientes a estas dos patologías tuvieron despacho efectivo del tratamiento prescrito (lo indicado por el médico en el esquema de tratamiento correspondiente durante los seis meses analizados), mientras que en 2015 este porcentaje subió a 75%. Bajo el supuesto de que FOFAR mejoró la oportunidad en la entrega, este dato permite aproximarse a la situación previa a FOFAR, dando cuenta de que la entrega no se realizaba de manera oportuna para la totalidad de los pacientes, dado que existían problemas de disponibilidad de los medicamentos, o que esta era menor.

El programa no solo considera el acceso a medicamentos, sino también el apoyo a la adherencia al tratamiento farmacológico, para asegurar su efectividad. Con esto, se busca evitar fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y consecuentes aumentos de los costos sanitarios, lo que es consistente

²¹ Estimación del programa informada al panel en reunión sostenida el 23 de enero de 2018.

²² Presencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona.

²³ Véase Cuadro 35 del Informe Final.

²⁴ Superintendencia Intendencia de Salud. Informe de Fiscalización. Medicamentos e insumos garantizados en el sector público. Santiago, 15 de octubre de 2015.

²⁵ Corresponde a 12 de 13 medicamentos cotejados.

²⁶ Superintendencia Intendencia de Salud. Informe de Fiscalización. Medicamentos e insumos garantizados en el sector público. Santiago, 15 de octubre de 2015 (pág. 47).

²⁷ La Fiscalización realizada por la Superintendencia de Salud en 2017 encontró un 99,89% de disponibilidad. Véase Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°66. Informe de Fiscalización N°66 Disponibilidad y Entrega de Medicamentos, Insumos e Implementos GES en Prestadores Públicos de Atención Ambulatoria - 2017. Santiago, 30 de noviembre de 2017 (pág. 43).

con recomendaciones internacionales de la OMS. Además, FOFAR asigna recursos para fortalecer el recurso humano y el equipamiento existente en las farmacias APS y SS, lo que aseguraría que la entrega de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos se realice en condiciones de seguridad y calidad.

FOFAR ha incluido la ampliación del horario de atención al público de las farmacias de establecimientos APS, hasta las 19:00 o 20:00 horas, en concordancia con la ampliación del horario de dichos establecimientos. Esto suaviza las barreras a la entrada a pacientes crónicos que no podían asistir a retirar sus medicamentos, debido a que el horario de las farmacias coincidía con el horario de su jornada de trabajo

Desde la economía pública, la intervención del Estado para subsidiar los gastos en medicamentos se justifica a través de dos enfoques. Primero, desde el enfoque de la asignación de recursos, debido a fallas de mercado que se dan en dos ámbitos: a) existencia de un mercado de medicamentos altamente concentrado que deja a los consumidores vulnerables a conductas abusivas por parte de las farmacias y/o laboratorios farmacéuticos (sobrepuestos, conductas colusivas, inducción de marcas por parte de los vendedores o incumplimiento de normas establecidas por la autoridad reguladora, entre otras); y b) externalidades de FOFAR, que se manifiestan en al menos cinco beneficios adicionales a los directamente buscados: i) mejoramiento de la gestión integral de las farmacias de los establecimientos APS; ii) ampliación del horario de dispensación en las farmacias de los establecimientos de APS, que favorece a todos los beneficiarios de APS; iii) compra de medicamentos a laboratorios privados a una escala superior, principalmente por parte de los SS, e incentivo a la entrada de nuevos oferentes a las licitaciones vía mercado público; iv) disponibilidad de horas médicas para otros pacientes, producto de reagendamiento de consultas para pacientes FOFAR que son gestionadas mediante el sistema de gestión de citas; y v) respuesta activa de las autoridades comunales a entregar recursos frescos adicionales, para modernizar la gestión de las farmacias de establecimientos de APS. Segundo, desde el enfoque de aspectos distributivos (o de equidad social), la intervención del Estado se justifica para satisfacer cierto nivel de consumo o provisión de bienes, a los individuos que no pueden satisfacer un piso básico de sus necesidades con los ingresos que reciben. En el caso de FOFAR, este piso básico comprende los medicamentos, dispositivos e insumos definidos para cada problema de salud abordado por el programa, y se entrega a la población de menores ingresos, como son los beneficiarios del sistema público de salud.

Respecto de las definiciones de población potencial y objetivo, las definiciones elaboradas por el panel en conjunto con el programa delimitan correctamente la población que tiene el problema y la que se pretende atender. Ambas poblaciones están bien cuantificadas.

Por las razones expuestas, a juicio del panel, el programa se justifica desde la perspectiva sanitaria y desde la economía.

- *Diseño*

Al comenzar esta evaluación, FOFAR puso a disposición información sobre el diseño del programa, que incluyó una Matriz de Marco Lógico e indicadores para medirlo a nivel de propósito y componentes. El panel analizó la consistencia de esos indicadores, los que fueron complementados con una propuesta más amplia, que permitiera dar cuenta de la gestión integral del programa. Destacan indicadores de gasto, de cobertura, indicadores en base a descriptores estadísticos para medir la eficiencia en la compra de los medicamentos (propósito del programa) e indicadores para medir el cumplimiento de stock crítico, la gestión de farmacias y droguerías pertenecientes a los SS. Para sus mediciones se requiere sistematizar la información existente actualmente lo que, se estima, enriquecerá la gestión del programa.

En términos de la evaluación, el panel aprueba el diseño del programa, especialmente respecto a la población objetivo, pues responde al perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, como también sigue lineamientos y recomendaciones internacionales de la OMS que proponen incentivar la adherencia de los pacientes (mensajes de texto, llamadas telefónicas) al tratamiento. Complementariamente, lo realizado para optimizar la gestión de farmacia va en la dirección correcta, especialmente en lo relacionado a dotar de un stock crítico de medicamentos, como también la expansión de los horarios de atención para hacerlos coincidir con los de los establecimientos APS, los recursos para fortalecer infraestructura y equipamiento y la certificación de las droguerías de los SS.

Cabe destacar el esfuerzo realizado por el programa para expandir los insumos para curación de pie diabético en 2018, lo que es consistente con una gestión dinámica y cercana a las necesidades reales de los pacientes más críticos.

El programa no incorpora enfoque de género, lo cual se estima adecuado dado que las desigualdades de género en el acceso a la atención de salud se generan en instancias previas al ámbito de FOFAR, cuyos beneficiarios son pacientes que ya han logrado dicho acceso.

En cuanto a las definiciones propósito y componentes, el panel considera que la descripción realizada por el programa en sus Orientaciones Técnicas²⁸ da cuenta parcialmente de las actividades (por ejemplo, no se incorporan los aspectos relativos a mejoramiento de infraestructura de farmacia). Sin embargo, esto no afecta la eficacia ni la eficiencia del programa.

▪ *Eficacia y Calidad*

En términos de sus resultados, el programa presenta una cobertura del 96,3% de beneficiarios respecto a la población objetivo, mostrando una evolución positiva de 16% de aumento en el período evaluado²⁹. Este es un resultado adecuado, porque da cumplimiento en forma satisfactoria al atributo central definido en el propósito, cual es asegurar la entrega de medicamentos e insumos médicos a la población objetivo.

La producción del programa se expresa en recetas despachadas a beneficiarios en los establecimientos APS, las que, de acuerdo a lo normado por el programa, deben ser despachadas en forma oportuna y completa³⁰. De no ser posible el despacho en el momento en que el beneficiario lo solicita, el programa tiene un plazo de 24 horas hábiles para su entrega. El indicador que mide la oportunidad en que se entregan los medicamentos e insumos médicos, muestra que se ha cumplido con este requisito en un 99,4% en el año 2017, el que ha aumentado desde el 95,5% en 2014. Este resultado es satisfactorio, ya que da cuenta del atributo de oportunidad en la entrega de medicamentos e insumos, establecido en el propósito del programa.

Respecto de la calidad en la entrega de medicamentos e insumos, esta fue medida mediante la cantidad de reclamos que ha recibido el programa. Existen en promedio 15 reclamos por cada 10.000 recetas no cumplidas, para el período de evaluación, lo que demuestra un nivel de reclamos tendiente a cero. Suponiendo que las personas que reclaman se encuentran insatisfechas con el programa, el panel estima que el programa tiene un alto nivel de calidad. Cabe señalar, sin embargo, que el funcionamiento del procedimiento para efectuar reclamos no fue evaluado por el panel.

Con respecto a las acciones ejecutadas por el programa para lograr la adherencia de los beneficiarios al tratamiento (gestión de citas y servicio de mensajería) esta evaluación concluye que el programa tiene una contribución marginal a este logro. La información entregada por el programa para esta evaluación muestra que el porcentaje de inasistencia a los controles, en los pacientes que recibieron un recordatorio de su cita, es similar a la de aquellos que no recibieron este recordatorio³¹ (11,6% versus 13,3% en promedio entre 2016 y 2017). El porcentaje de establecimientos APS que cuentan con el sistema de gestión de citas es de 14,4% (291 establecimientos) y cubre al 34,5% de los beneficiarios (765.267 beneficiarios en 2017³²). A juicio del panel la cobertura del sistema de gestión de citas es reducida, sobre todo considerando que el 33,6% de los establecimientos APS tiene las condiciones técnicas para implementar dicho servicio y que la mayoría de ellos (57%), no lo ha implementado por razones administrativas o de gestión. No obstante, según señala el programa, estas razones son de

²⁸ Véase Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria. Versión 2016-2017, pág. 6 pdf.

²⁹ Cabe señalar la existencia de comorbilidad, es decir, la presencia de dos o más patologías en una misma persona, cuestión frecuente en los problemas de salud abordados por FOFAR. Por ello, calcular la cobertura según patología carece de sentido, pues las personas son atendidas de acuerdo a los problemas de salud que presentan. Es decir, el programa atiende personas, no patologías.

³⁰ Despacho total y oportuno significa que la receta se entrega de forma completa y durante el día. Orientación Técnica del Programa 2016-2017, pág. 6 pdf.

³¹ Se trata de pacientes que están acogidos al sistema de gestión de citas y mensajería pero que por alguna razón no le llega ni mensaje, pues no es posible el contacto telefónico ni por correo electrónico.

³² Información entregada por el programa el 8 de junio de 2018.

responsabilidad de la gestión de los SS y establecimientos APS, y por lo tanto exceden su ámbito de injerencia posible.

Cabe señalar que el programa sólo entregó información sobre gestión de citas correspondiente a dos de los cuatro años evaluados, es decir, se trata de información parcial. Respecto de la mensajería de texto para la adherencia al tratamiento, el programa entregó el número de mensajes totales enviados entre 2015 y 2017³³. Si se relaciona esta información con el número de pacientes ingresados al sistema de gestión de citas, se encuentra que estos pacientes recibieron un promedio de 19 mensajes al año en 2015, 7,9 en 2016 y 3,8 en 2017. Esto significa que el programa está lejos de cumplir con los 4 mensajes mensuales que ha definido enviar a cada paciente³⁴. Otra explicación posible para estos resultados tan alejados de lo establecido en las Orientaciones Técnicas, es que exista un subregistro de los mensajes enviados. Este problema de registro de los datos sería uno más de los problemas en la información, detectados por el panel durante esta evaluación. Sin embargo, es solo una hipótesis, ya que el panel no pudo establecer la comprobación de ello³⁵. En todo caso, la información entregada por el programa corresponde a producción y no da cuenta del efecto de la mensajería en la adherencia al tratamiento. Sobre esto no existe información y por tanto no pudo ser evaluado. En consecuencia, el panel evalúa que es una debilidad del programa no contar con indicadores, de medición periódica, respecto al logro de la adherencia.

El programa muestra resultados sobre el mejoramiento de las condiciones de almacenaje de medicamentos e insumos, mediante la contribución de recursos financieros a SS, para elevar la categoría de bodegas a droguerías. La calificación de droguería se obtiene cuando el recinto cuenta con Autorización Sanitaria, lo que implica alcanzar estándares técnicos de almacenamiento que elevan eficacia y eficiencia del programa, bajo la hipótesis de que estas mejores condiciones evitarían pérdidas por mermas. Ello se ha traducido en que, del total de 15 droguerías existentes, el programa ha aportado financiamiento para 13 de ellas (87%). Se evalúa que esta línea de acción es una contribución importante a la eficacia y eficiencia del programa.

Otra contribución del programa se refiere a la contratación de recursos humanos especializados (Químicos Farmacéuticos y TENS) para mejorar la gestión farmacéutica del programa, tendiente a cerrar la brecha estimada en 2014, de dotación de estos profesionales. En los cuatro años evaluados el programa ha contribuido a este cierre de brechas en un 31,4% en el caso de los profesionales QF y 51,9%, en TENS. Se evalúa adecuada esta contribución del programa. Sin embargo, se debe tener en consideración las limitaciones que presenta este resultado. En primer lugar, la estimación de brecha está desactualizada, por cuanto el cálculo se realizó en base a la dotación existente en el año 2013, datos con los que se construyó la brecha estimada para 2014³⁶. En segundo lugar, si bien se aprecia un aumento en las contrataciones, no se sabe cuántos de estos nuevos cargos, especialmente QF, pueden ser utilizados en el nivel local para sustituir funciones que, hasta antes de estas contrataciones, eran realizadas por personal financiado por otras fuentes de financiamiento, distintas de FOFAR. El panel considera que el programa debe avanzar en la actualización del cálculo de la brecha.

³³ Información entregada por el programa el 8 de junio de 2018.

³⁴ Las Orientaciones Técnicas 2015 (pág.11) y 2018 (pág. 18 pdf) establecen que los pacientes deben recibir 4 mensajes al mes. Las Orientaciones Técnicas 2016-2017 no definen un número de mensajes al mes (ver pág. 14 pdf). Ninguno de estos documentos define durante cuántos meses se envían los mensajes. Sin embargo, se adjunta un diagrama que considera mes 1 a 6. Por lo tanto, el número de mensajes considerados en la Orientación Técnica es de al menos 24 mensajes en el año. Si bien un paciente puede ingresar al programa en cualquier momento, la mayoría proviene de años anteriores y permanece el año completo en el programa. Por otra parte, todos los documentos de Orientaciones Técnicas señalan que esta mensajería es para paciente con DM2. Sin embargo, en la reunión sostenida con el panel el 22 de enero de 2018, el programa señaló que se comenzó con pacientes con DM2, pero que actualmente se incluye a todos los pacientes (con uno o más de los tres problemas de salud abordados por el programa) (Minuta de reunión 22 de enero de 2018).

³⁵ La información sobre mensajería fue entregada por el programa el 8 de junio de 2018, momento en que se estaba cerrando la evaluación.

³⁶ Para estimar las brechas el programa definió los siguientes estándares: 1 QF cada 12.000 prescripciones por mes y 1 TENS por cada 4.000 prescripciones por mes.

Complementariamente, el programa ha definido en sus orientaciones técnicas la mantención de stock crítico de seguridad en SS, como una herramienta que asegura la provisión de medicamentos. Contiene un mínimo necesario para satisfacer la demanda de 2 meses y opera con el mecanismo de préstamo a los establecimientos que presenten quiebra de stock, devolución que puede hacerse en especies o como descuento en la futura transferencia del SS al municipio. Respecto de su operación, para esta evaluación el programa recabó información de los SS, de donde se pudo constatar que opera en forma adecuada en el 65,5% de los SS, y que la totalidad de ellos hace uso del préstamo (en 2017 se registraron 1.995 préstamos por un total valorizado de M\$654.025). Sin embargo, no fue posible establecer una tasa de uso del stock crítico, en términos del total de establecimientos que han hecho uso del préstamo en relación al total de establecimientos que participan del programa, así como también del total valorizado de medicamentos en relación al valor total del stock crítico (índice de rotación), por lo que el panel no puede pronunciarse al respecto.

Se evalúa que contar con stock crítico es un mecanismo adecuado para favorecer la continuidad de los tratamientos y la gestión de farmacia a nivel de SS y establecimientos APS. Sin embargo, se considera que la información relativa al tiempo de seguridad y a la tasa de uso del stock es relevante para la gestión del programa, ya que el buen o mal funcionamiento del stock crítico puede incidir en los resultados que obtenga el programa, en términos de la oportunidad de entrega de medicamentos a beneficiarios. También es importante para la eficiencia en el uso de los recursos del programa, ya que ante un eventual quiebre de stock en un establecimiento que no pueda ser resuelto vía canje gestionada por los SS, podría inducir a una farmacia a adquirir el producto por otra vía, que puede implicar un mayor precio final por el medicamento. En consecuencia, se evalúa que es inadecuado que más de un tercio de los SS (34,5%) no cumplan con lo establecido con las orientaciones técnicas o no tengan una respuesta alternativa. No obstante, se debe considerar que, durante el período evaluado, no se produjeron quiebres de stock que mostraran que esta situación derivara en la no entrega de medicamentos a los beneficiarios, lo que también puede observarse en la baja tasa de reclamos que tiene el programa. Sin embargo, la definición de stock crítico incluida inicialmente por el programa en su Orientación Técnica 2014, no ha sido revisada por parte del programa, para dar cuenta de las necesidades efectivas de stock por parte de los SS. Se evalúa como una debilidad del programa que no efectúe un monitoreo de esta línea de acción, mediante la medición de indicadores, lo que se relaciona con la ausencia de revisión y actualización de esta definición del programa.

Considerando lo señalado, se evalúa que el programa ha cumplido satisfactoriamente con el objetivo de entregar medicamentos a su población objetivo, alcanzando una alta cobertura. Con respecto a la adherencia de los beneficiarios al tratamiento, la información disponible solo permitió dar cuenta de la adherencia a los controles para dos de los cuatro años evaluados y no permitió medir adherencia al tratamiento. Con esta información, el panel concluye que la contribución del programa al logro de la adherencia a los controles ha sido marginal, lo que indica un cumplimiento parcial del propósito.

▪ *Economía*

El presupuesto del programa alcanza a \$40.996 millones en 2018 y muestra un crecimiento de 46,1% en el período. En 2016 se registra el aumento más importante (31,6% con respecto a 2015), lo que se explica por la combinación de dos factores. Por una parte, el incremento de la población bajo control del PSCV en 2015 (aumento de la HTA en 3,7%, DM 2 en 7% y dislipidemia en 8,3%). Ello significó efectuar esos ajustes en la estimación de la población objetivo que se consideró atender en 2016, para el presupuesto de ese mismo año. Otro factor que incidió en este aumento fue la actualización del costo de las canastas de medicamentos e insumos, debido al aumento de precios en algunos medicamentos. Esto podría explicarse por la implementación de la bioequivalencia, que obligó al programa a comprar medicamentos innovadores o de referencia como el Ácido Acetil Salicílico de Bayer (aspirina), lo que implicó que el costo presupuestado de la canasta de tratamiento por paciente/año, en el caso de la DLP, se incrementó de \$7.675 a \$11.432 y para la DM2, desde \$10.994 a \$16.115.

Por las razones expuestas, se evalúa que el aumento del presupuesto experimentado por el programa, principalmente en el año 2016, está bien fundamentado, ya que se basa en aumentos de la población objetivo y del costo de los medicamentos. Lo anterior se evalúa en forma positiva, ya que se considera

una señal positiva de la importancia estratégica que asigna el MINSAL a la resolución del problema que el FOFAR se ha propuesto abordar.

En relación con el gasto, el presupuesto queda devengado en el momento en que FONASA efectúa las transferencias a los SS, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley de Administración Financiera del Estado. Por tanto, el programa no cuenta con información sobre el gasto devengado por las unidades ejecutoras (SS en sus propios establecimientos y municipalidades y ONG's, mediante convenios) respecto al presupuesto asignado. Cabe señalar que esta situación responde a la normativa vigente (Transferencias de recursos en ST 24 y no es obligatoriedad de los SS rendir al nivel central del MINSAL). Este mecanismo se utiliza en la gestión de todos los programas de reforzamiento de la APS (PRAPS) que se ejecutan en los establecimientos municipalizados de salud, mediante convenios. Lo anterior implica que los registros de ejecución presupuestaria que dispone el nivel central del MINSAL, son cercanos al 100% en todos los años evaluados, ya que responde a transferencias.

Consciente de esta deficiencia, el MINSAL se encuentra implementando un mecanismo, en estado de marcha blanca, que permitiría obtener, en forma preliminar, la rendición de parte de los SS respecto de la ejecución de los recursos FOFAR y resto de programas PRAPS. Dado que este proceso está sujeto a la disposición de los SS para enviar la información requerida, no ha sido posible completar los datos.

La distribución del gasto por componente señala que el Componente 1 concentra la mayor parte en todos los años (86,6% en 2017), debido a que contiene los gastos de medicamentos e insumos, mejoramiento de bodegas y servicios de mensajería. El Componente 2 (13,4% del total en 2017) contiene los gastos de personal (QF y TENS). Se evalúa que es una estructura adecuada al proceso productivo del programa, donde los medicamentos e insumos son la prestación más relevante para el cumplimiento del propósito y también la de mayor costo, como se analiza más adelante en la sección Eficiencia.

Con respecto a la estructura de los gastos por subtítulo, ésta comprende gastos en personal, bienes y servicios de consumo y transferencias³⁷. Los primeros (ST 21) financian los profesionales Químicos Farmacéuticos y TENS, aportados por el programa para el mejoramiento de la gestión de farmacia, en los SS. Estos gastos fluctúan entre el 4,2% y el 6,4% del total, mostrando un incremento del 43,6% entre 2014 y 2017, que se origina en el aumento de cargos ya señalado. El gasto en bienes y servicios de consumo (32% del total en 2017) se desagrega en "Mensajería" y "Resto de bienes y servicios de consumo", debido a que el presupuesto de Mensajería es ejecutado en el nivel central del MINSAL y no se transfiere a los SS. El rubro "Resto de bienes y servicios de consumo" es ejecutado por los SS en centros de salud de su dependencia. Están compuestos principalmente por el gasto en medicamentos e insumos médicos, así como también por el gasto de mejoramiento de bodegas. Las transferencias (ST 24) financian la ejecución del programa en establecimientos de dependencia municipal. Son recursos transferidos por los SS mediante convenios y administrados por los municipios. Financian el personal, los medicamentos e insumos y dispositivos de uso médico y el mejoramiento de bodegas. Representan cerca del 60% del total en 2017 y han crecido en 136,5% en el período en evaluación, con aumentos sostenidos en todos los años. Explica este aumento el alza del costo de las canastas de medicamentos y el aumento de población atendida. Adicionalmente y de acuerdo a lo señalado por el programa, influye también el hecho de que cada año han entrado en operación un mayor número de establecimientos municipalizados. Sin embargo, el panel solo tuvo acceso a los datos 2018 de dependencia de establecimientos, por lo que no puede pronunciarse al respecto.

Se evalúa que las variaciones experimentadas por el gasto están bien fundamentadas ya que se relacionan con aumentos en los costos de producción, en el caso de las canastas de medicamentos, y con el aumento de beneficiarios atendidos. Se debe tener presente, sin embargo, las limitaciones de esta información ya descritas, relativas a que se trata de gasto devengado en el nivel central del MINSAL.

³⁷ En los años 2015 y 2016 se asignó presupuesto a Inversión, destinado a mejoramiento de bodegas, lo que se discontinuó en los años siguientes debido a la dificultad para ejecutar los gastos en ese subtítulo, por lo que se optó por efectuar dichas mejoras mediante la compra de servicios, ST 22.

Con respecto al hecho de que en el nivel central del programa no se disponga de la ejecución del gasto por parte de las unidades ejecutoras sino solamente de las transferencias a SS, cabe señalar que, de acuerdo con la normativa vigente³⁸, los SS son los encargados de monitorear el gasto, mediante la rendición de cuentas que reciben de los municipios y su propia ejecución a SIGFE, como ya se señaló. Sin embargo, el resultado de este monitoreo no sube al nivel central de gestión del programa, lo que significa que, en la práctica, el programa no conoce el nivel real de ejecución del presupuesto que han alcanzado las unidades ejecutoras. Se considera que contar con esta información es una retroalimentación importante para el proceso de programación financiera, ya que permitiría al programa verificar si los criterios con que se asignaron los recursos para distribuir el presupuesto cada año se cumplen y en qué medida³⁹. Un inconveniente importante que visualiza el panel, respecto de esta situación, es que no se cuenta con información específica del gasto en que se incurrió en medicamentos e insumos de uso médico, principal concepto de gasto en términos cualitativos y cuantitativos del programa, por cuanto refiere directamente al cumplimiento del propósito.

Si bien se comprende que esta situación obedece a las disposiciones legales que rigen la ejecución del presupuesto⁴⁰, se estima también que, dada la importancia que reviste esta materia, el programa podría implementar algún mecanismo que le permita efectuar un monitoreo de su gestión financiera.

El panel considera que esta falta de información es una debilidad del programa, en tanto se trata de información relevante para fines de monitoreo y seguimiento de los recursos, así como también para el proceso futuro de asignación del presupuesto, donde el nivel de ejecución de los recursos por parte de las instancias operativas, y su distribución por subtítulo, constituyen información determinante para la programación presupuestaria.

▪ *Eficiencia*

En cuanto a la eficiencia del programa, el panel utilizó como indicador proxy los precios relativos de los medicamentos a través del tiempo, para lo cual se analizaron los precios pagados por el sector público, que incluye no sólo los SS y establecimientos APS, sino también compras de instituciones de salud pertenecientes a las Fuerzas Armadas y de previsión social de ese sector (Hospital Dipreca es un buen ejemplo). La fuente original de esa información es CENABAST, institución que en su base de datos sólo específica las compras directas a esa institución y aquellas realizadas vía mercado público (compras privadas a través de procesos de licitación pública), las que excluyen compras directas de las instituciones estatales bajo Convenios Marco o compras directas a proveedores privados.

Adicionalmente, la base de datos CENABAST incluye información de la cantidad comprada (medido en unidades físicas) de 6 medicamentos que representan \$73.600 millones en el período 2014-2017. De acuerdo a estos cálculos, la distribución de esos gastos se reparte en 56,2% comprados a CENABAST y 43,8% en compras privadas.

El criterio de selección fue analizar un medicamento por patología presente en el FOFAR (3), más 3 medicamentos en los cuales se haya observado altas fluctuaciones de precios desde el año 2011. Esa *metodología proxy* se utilizó debido a que el programa no cuenta con información propia del gasto por medicamento (y por ende de la canasta FOFAR) ni de precios y cantidades (unidades físicas) compradas.

Como resultado, se observa que existe una evolución decreciente de los precios pagados vía mercado público en 4 de los 6 medicamentos analizados, lo que se debe no sólo a factores exógenos (ofertas más competitivas) sino que a factores endógenos asociados a tener a recursos ciertos, lo que permite a los SS y establecimientos APS programar ordenadamente sus compras. En suma, el panel evalúa

³⁸ Las transferencias de recursos a las municipalidades se rigen por las normas establecidas en la Resolución 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que deberá ser fiscalizado por el servicio respectivo, en este caso, los servicios de salud.

³⁹ La asignación del presupuesto por Servicio de Salud se basa en la población bajo control en el PSCV de cada año, lo que da origen a la estimación del costo de las canastas de medicamentos, según precios informados por CENABAST. Adicionalmente, se estima el valor de los recursos humanos que financiará el programa, así como también el mejoramiento de bodegas.

⁴⁰ La Ley de Administración Financiera del Estado establece que las transferencias se devengan en el subtítulo 24 (Transferencias a municipios en el caso de FOFAR) por el total de los recursos. Por ello, no se conoce la distribución de su ejecución por los niveles operativos, diferenciada por ítem de gasto (personal, medicamentos y otros).

satisfactoriamente el efecto que ha tenido la existencia de un fondo cierto (sin incertidumbre) para la compra privada de medicamentos, ya que las ofertas adjudicadas por vía licitación pública son cada vez más competitivas, lo que contribuye a un gasto más eficiente de los recursos del sector público (que incluye el FOFAR).

En contraste, al comparar esos precios con aquellos de lista del CENABAST (de carácter exógeno), se observa que estos últimos han ido aumentando a través del tiempo, aunque en nivel, siguen siendo más bajos que aquellos cargados por los oferentes privados (mercado público) para todos los medicamentos considerados. Por lo tanto, se deduce que las compras desde el abastecedor público siguen siendo más eficientes comparativamente hablando, por lo que, al usar el camino privado, se terminan pagando mayores precios y, por ende, se atenta contra la eficiencia en la asignación de estos recursos.

Es importante considerar que el programa está imposibilitado de definir como norma la compra vía CENABAST, puesto que por ley no puede interferir en las decisiones autónomas de los SS y establecimientos APS. Además, existen otras consideraciones asociadas a la compra en el sector privado que pueden explicar los sobrepuestos, tales como problemas de disponibilidad o quiebres de stock, que generen una sobredemanda y con ello un aumento de precios. No obstante, el hallazgo detectado por el panel, referido a la mayor eficiencia en las compras mediante CENABAST, debiera ser tomado con atención por el programa. Esto debido a que, aunque no es responsabilidad del programa establecer la forma en que los SS y establecimientos deben comprar los medicamentos e insumos, sí tiene responsabilidad en velar por la eficiencia en el uso de los recursos.

▪ *Desempeño Global*

Se evalúa que el programa ha cumplido satisfactoriamente con el objetivo de entregar medicamentos a su población objetivo, alcanzando una alta cobertura en la entrega de medicamentos para población vulnerable que requiere medicamentos en forma permanente para el tratamiento de sus enfermedades crónicas. Sin embargo, no fue posible evaluar la eficacia de las actividades para apoyar la adherencia al tratamiento, pues el programa no cuenta con esta información. Por ello, el panel considera que el programa ha cumplido parcialmente con su propósito.

Considerando: a) la justificación del programa en términos sanitarios y de equidad; b) su alta cobertura (96,3% en 2017); c) la oportunidad y completitud en la entrega de medicamentos (92% en 2017); d) los aportes en RRHH para la gestión farmacéutica; e) los avances logrados en almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos por medio del apoyo financiero para la obtención de la calificación de droguerías; f) la definición de un stock crítico que ha permitido la entrega oportuna de medicamentos; y g) las externalidades del programa (gestión integral de las farmacias de los establecimientos APS; ampliación del horario de dispensación en las farmacias de los establecimientos de APS; el hecho de tener presupuestos ciertos que permite a los SS programar compras de mayor cantidad de medicamentos y obtener precios más competitivos a través del tiempo; disponibilidad de horas médicas para pacientes que cancelan sus consultas médicas a través del sistema de gestión de citas; y la respuesta activa de las autoridades comunales a entregar recursos frescos adicionales para modernizar la gestión de las farmacias de establecimientos de APS), el panel considera que el programa debe continuar, incorporando modificaciones en su gestión, para optimizar sus resultados y corregir falencias de gestión detectadas en esta evaluación. En particular, la principal falencia detectada en este ámbito es que el programa no genera ni utiliza información necesaria para su gestión y monitoreo. En efecto, toda la información incluida en este informe fue producida por el programa durante el proceso de evaluación, a solicitud del panel. Una parte importante de esa información fue revisada y rectificadas más de una vez, lo que es un indicador claro de que el programa no ha funcionado con un sistema de monitoreo y gestión, basado en información de calidad, que le permita evaluar su desempeño y tomar medidas pertinentes, en caso de que la información así lo indique.

3. Principales Recomendaciones

1. Se recomienda una redefinición del propósito y un reordenamiento de los componentes del programa, con la finalidad de dar cuenta de mejor manera de los objetivos y actividades desarrolladas. En el caso

de los componentes, se recomienda definir sólo un componente compuesto de dos subcomponentes. Esto se fundamenta en que un componente corresponde a “los bienes y/o servicios que produce o entrega el programa para cumplir su propósito” y “no es una etapa de producción del componente”⁴¹. En el caso de FOFAR, el producto es entregar medicamentos y realizar actividades para apoyar la adherencia. El actual Componente 2 (Gestión de Farmacia) es un requisito para obtener dicho producto, aun cuando tenga externalidades sobre el conjunto de la gestión farmacéutica. Además, los actuales componentes 1 y 2 tienen la misma población objetivo y beneficiaria. La propuesta es la siguiente:

<p>Propósito: Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP acceso oportuno y seguro a los medicamentos⁴² que permita la continuidad de los tratamientos, como también insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de heridas y la incorporación de tecnología que apoye la adherencia al tratamiento, a través de mensajería de texto y llamada telefónica.</p>	
<p>Componente: 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</p>	
<p>Subcomponente 1: Entrega de medicamentos y actividades de apoyo a la adherencia</p>	
<p>Objetivo: Entregar a la población bajo control que solicita medicamentos el total de prescripciones recetadas por el médico del establecimiento en el momento oportuno, y realizar actividades para apoyar la adherencia al tratamiento</p>	<p>Principales actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Entregar los medicamentos al beneficiario en el momento en que los solicita en la farmacia del establecimiento, o en un plazo máximo de 24 horas hábiles 2) Gestionar un sistema de solución de reclamos que permita que los beneficiarios que no reciben el medicamento cuando lo solicitan, lo reciban en un plazo máximo de 24 horas hábiles, ya sea en el establecimiento o en su domicilio 3) Enviar mensajes de texto a los teléfonos celulares de los beneficiarios que han dado su consentimiento, incluyendo recordatorios para la toma de medicamentos y conserjería sobre estilos de vida saludable 4) Gestionar las citas mediante el envío de recordatorios a los pacientes en la forma de mensajes de textos a su teléfono móvil, correos electrónicos y/o llamadas automatizadas 5) Realizar talleres grupales, a cargo del QF, con el fin de educar a la población derivada del PSCV
<p>Subcomponente 2: Gestión farmacéutica</p>	
<p>Objetivo: Gestionar la compra, almacenamiento, conservación, distribución y dispensación de productos farmacéuticos, de manera de promover el uso racional y eficiente de ellos.</p>	<p>Principales actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Definir anualmente la canasta FOFAR y enviarla a CENABAST (actividad exclusiva del nivel central) 2) Contratación de QF y TENS (Técnicos de Enfermería Nivel Superior en Farmacia, Técnicos de Nivel Superior en Farmacia o Auxiliares de Farmacia) para realizar las actividades de gestión farmacéutica de FOFAR, como también apoyar la gestión farmacéutica del arsenal de los establecimientos 3) Realizar las órdenes de compra o levantar los requerimientos de medicamentos, insumos y dispositivos para la curación avanzada de pie diabético, incluidos en la canasta FOFAR, para que el departamento de adquisiciones gestione su compra 4) Recibir y chequear los medicamentos distribuidos por los proveedores y cautelar el cumplimiento de las especificaciones de la compra (fechas de expiración, dosis, y similares) 5) Gestionar un stock crítico que asegure la disponibilidad de la canasta FOFAR por un período de dos meses, ya sea en unidades físicas o convenios con laboratorios 6) Mejorar la infraestructura y equipamiento de farmacia en los SS y establecimientos, mediante la compra de refrigeradores, construcción de bodegas, o similares 7) Asegurar la atención permanente de farmacias durante todo el horario de funcionamiento del establecimiento

⁴¹ DIPRES. Metodología para la elaboración de Marco Lógico. Dirección de Presupuestos. División de Control de Gestión. Enero de 2009. (pág. 3).

⁴² Se entenderá como medicamentos aquellos definidos en la canasta FOFAR o disponibles en el arsenal de cada Servicio de Salud (definición elaborada por el programa).

2. Dado que el programa incorpora en su propósito apoyar la adherencia al tratamiento, se estima necesario contar con instrumentos que permitan medir la adherencia de beneficiarios al tratamiento, a fin de determinar si las acciones diseñadas por el programa para lograr esta adherencia aportan en forma positiva a este objetivo. Esto debiera conducir a generar y cuantificar indicadores de adherencia que puedan ser monitoreados sistemáticamente por el programa. En esta línea, se sugiere explorar la creación de un indicador que mida la compensación de los pacientes beneficiarios de FOFAR, como un proxy de adherencia al tratamiento. La implementación de la medición y monitoreo de este indicador está sujeta a la existencia de información (ficha clínica en línea que permita acceder a resultados de los exámenes de rutina, manteniendo el anonimato de los pacientes), lo cual no está bajo la responsabilidad del programa. Frente a limitaciones en el acceso a la información, podría considerarse trabajar con una parte de los beneficiarios (aquellos sobre los cuales se cuente con esta información) y no con la totalidad de ellos
3. Implementar un mecanismo que permita al programa efectuar un monitoreo de la ejecución del presupuesto en los niveles operativos, a fin de verificar el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos que se tuvieron presente en el proceso de asignación del presupuesto a los SS. Se entiende por monitoreo una rendición agregada por SS, que dé cuenta de recursos transferidos y, además entregue un indicador que permita vincular el gasto con la producción. Dado que la ausencia de un mecanismo similar afecta a todos los PRAPs, como también que la implementación de este mecanismo excede el ámbito del programa, se recomienda implementar el mecanismo que el MINSAL determine para este fin.
4. Considerando las restricciones existentes en relación con el hecho que sólo es posible sugerir a los SS y establecimientos APS la compra de medicamentos e insumos vía CENABAST, se sugiere que el programa realice un monitoreo periódico (se estima prudente de carácter trimestral) de descriptores estadísticos de precios de los medicamentos (precio promedio simple, promedio ponderado, moda, precios mínimos y máximos) e informe de ello a los SS, de modo que estas instituciones consideren aquella información como señales para controlar gastos vía la obtención de precios más competitivos, y por ende, asignar eficientemente los recursos disponibles. Se debe considerar que una pequeña variación de precios puede impactar fuertemente el gasto de cada entidad y, por tanto, comprar a bajo precio puede generar importantes ahorros para las instituciones.
5. Avanzar en la línea de acción de apoyo a la obtención de Autorización Sanitaria de las Droguerías de los 14 SS restantes que no cuentan con dicha autorización.
6. Actualizar la estimación de brecha de QF y TENS, en términos de número de profesionales (jornadas de 44 horas) necesarias para dar cumplimiento al estándar, y su distribución geográfica (por SS).
7. Cuantificar y caracterizar a los beneficiarios, en variables tales como grupos de edad, género y distribución geográfica por SS, a fin de definir políticas de acción orientadas a cerrar eventuales brechas.
8. Revisar la orientación establecida para el stock crítico en términos de definir el mínimo de tiempo necesario para el abastecimiento de medicamentos, o mecanismos alternativos como convenios de entrega oportuna. Definir indicadores para el monitoreo del stock crítico de acuerdo a la definición actualizada y realizar un monitoreo periódico. Todo esto debiera ser incluido en el documento de Orientación Técnica del programa.

9. Cambiar la denominación del indicador de seguimiento que utiliza el programa “Valorizado de merma” por “Porcentaje de merma de medicamentos”, debido a que este indicador constituye un porcentaje que da cuenta de los recursos monetarios perdidos por merma de medicamentos⁴³. Además, precisar la meta de este indicador (100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores al establecido en el Servicio de Salud), pues los SS no determinan un porcentaje de merma específico. Esto debiera ser incluido en el documento de Orientación Técnica del programa, estableciendo también cual es el porcentaje de merma máximo esperado por el programa.
10. Ampliar el número de indicadores utilizados para el seguimiento del programa respecto a los usados actualmente, a partir de la matriz de marco lógico construida en esta evaluación. Se debe considerar que el programa cuenta con un sistema de información que permite medir los indicadores propuestos por el panel y, por lo tanto, procesar esa información permitiría optimizar la gestión del programa a través del tiempo. En ese sentido para medir la eficiencia del programa en el tiempo es básico generar información de precios, como se comentó en la recomendación 3 (componente 1). Asimismo, respecto al componente 2, el panel estima que los indicadores “porcentaje de droguerías con autorización sanitaria” y “gasto promedio mensual por cargo 44 hrs.” apoyarían la gestión del programa y permitirían dar cuenta de los aportes de FOFAR a la gestión de farmacias en establecimientos APS y SS.
11. Revisar y actualizar el documento de Orientaciones Técnicas, para dar cuenta de la ejecución actual del programa y los ajustes/revisiones surgidas producto de esta evaluación.

⁴³ Orientaciones Técnicas 2018, pág. 22: “Indicador: porcentaje, del numerador sobre el denominador (Valor merma + otros) / (total disponible) * 100”.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE**

AGOSTO 2018



Gabinete Ministro
Departamento de Control de Gestión Ministerial
DE/EPG/NDC/GGL/CON/CSB/MIC



1832743

15-1832076

1834361

ORD N°

ANT. : Ordinario 1583 del 17 de agosto de 2018

MAT. : Respuesta Institucional a las recomendaciones contenidas en el Informe Final de Evaluación del Programa Fondo de Farmacia en enfermedades no transmisibles (FOFAR)

Fecha

DE: DR. EMILIO SANTELICES CUEVAS
MINISTRO DE SALUD

A: RODRIGO CERDA NORAMBUENA
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

En relación al oficio de referencia, se adjunta respuesta institucional del Informe de la Evaluación del Programa Gubernamental (EPG) "Fondo de Farmacia en enfermedades no transmisibles (FOFAR)" de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin otro particular, le saluda atentamente



Emilio Santelices Cuevas
DR. EMILIO SANTELICES CUEVAS
MINISTRO DE SALUD

Distribución:

- Dirección de Presupuestos.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Gabinete Sr. Ministro de Salud.
- División de Atención Primaria (DIVAP).
- Departamento de Control de Gestión Ministerial.
- Oficina de Partes MINSAL.
- Archivo.



Respuesta a Informe de Evaluación del Programa Fondo de Farmacia en enfermedades no transmisibles (FOFAR).

2018

Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria
Departamento de Modelo APS

Agosto

Referente Técnico FOFAR: Karina Castillo Arias

I. Respuesta Institucional

En respuesta a la entrega del Informe Final del estudio de Evaluación Programa Fondo de Farmacia en enfermedades no transmisibles de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la opinión Institucional, comentarios y reflexiones al proceso de evaluación, es necesario indicar lo siguiente:

1. El proceso de evaluación del programa ha sido una instancia importante para analizar la pertinencia del diseño de la iniciativa y su proceso de implementación, encontrando elementos con posibilidad de mejora.
2. En relación a la conformación del panel evaluador, se considera necesario que al menos uno de ellos sea profesional de la salud, debido a que tendría un aporte relevante para dar contexto a la evaluación.
Además es necesario declarar en la evaluación por parte del panel, que todos los datos entregados fueron procesados por equipo de DIVAP y que los evaluadores ajustaron su forma de presentación, pero a partir de la información ya aportada.
3. Con respecto al monitoreo, el informe final plantea que DIVAP no realiza control ni evaluaciones sistemáticas de los componentes y elementos relevantes del programa, lo cual no corresponde a la realidad. El programa cuenta con una plataforma específica para monitorizar los indicadores, actualizada de forma mensual, en la cual se basa la evaluación de cumplimiento para las fechas de corte y se genera la reliquidación de 2da cuota cuando corresponde. En relación al perfil de beneficiarios, si bien no se realiza en forma específica un perfil para FOFAR, esto ocurre debido a que la población beneficiaria corresponde a usuarios del programa cardiovascular (FOFAR cubre el 96,3% de estos usuarios), por lo cual resultaría redundante levantar esta información al ya estar evaluada por ese programa.
4. Adicional a esto al interior del informe se plantea que falta un estudio para medir satisfacción usuaria (en relación a aspectos como calidad de la atención del personal, tiempos de espera en fila, accesos a farmacias), esto se comenzará a trabajar, si bien no viene en las recomendaciones finales, se hace necesario contar con este tipo de herramientas para trabajar en la mejora continua tanto del programa como de las acciones que realizamos como sector.
5. Por último, destacar que FOFAR es un programa robusto y exitoso, que a través de las mediciones de la superintendencia ha logrado demostrar su aporte en forma significativa, haciéndose cargo de una de las mayores problemáticas a nivel país: el acceso a los medicamentos. Esto se ha logrado al abordar el problema a través de toda su cadena, comprendiendo el abastecimiento, almacenamiento y la entrega a usuarios. Además, el programa cuenta con una importante herramienta de control y participación ciudadana, el sistema de reclamos, el cual ha permitido transparentar la entrega efectiva de los fármacos y mejorar la percepción de los usuarios con respecto al funcionamiento de sus centros de salud. Por esto, consideramos que este programa apunta a mejorar la calidad de la atención salud en nuestra población.

II. Complemento a Respuesta Institucional a Recomendaciones del Informe Final.

Como complemento a la respuesta Institucional, se presenta en la siguiente tabla la respuesta a las principales recomendaciones entregadas en el punto 3 del Informe Ejecutivo Final:

Recomendación dada Informe Final	Respuesta Institucional: Estrategia de Abordaje.
<p>1.- Se recomienda una redefinición del propósito y un reordenamiento de los componentes del programa, con la finalidad de dar cuenta de mejor manera de los objetivos y actividades desarrolladas.</p> <p>En el caso de los componentes, se recomienda definir sólo un componente compuesto de dos subcomponentes. Esto se fundamenta en que un componente corresponde a “los bienes y/o servicios que produce o entrega el programa para cumplir su propósito” y “no es una etapa de producción del componente” En el caso de FOFAR, el producto es entregar medicamentos y realizar actividades para apoyar la adherencia. El actual Componente 2 (Gestión de Farmacia) es un requisito para obtener dicho producto, aun cuando tenga externalidades sobre el conjunto de la gestión farmacéutica. Además, los actuales componentes 1 y 2 tienen la misma población objetivo y beneficiaria</p>	<p>De acuerdo con la recomendación, como MINSAL se están evaluando los componentes, ya que se hace necesario una redefinición de estos, para lograr un mejor orden del programa.</p> <p>Por lo tanto, se trabajara en su reordenamiento para las orientaciones 2019, considerando la idea planteada.</p>
<p>2.- Dado que el programa incorpora en su propósito apoyar la adherencia al tratamiento, se estima necesario contar con instrumentos que permitan medir la adherencia de beneficiarios al tratamiento, a fin de determinar si las acciones diseñadas por el programa para lograr esta adherencia aportan en forma positiva a este objetivo. Esto debiera conducir a generar y cuantificar indicadores de adherencia que puedan ser monitoreados sistemáticamente por el programa. En esta línea, se sugiere explorar la creación de un indicador que mida la compensación de los pacientes beneficiarios de FOFAR, como un proxy de adherencia al tratamiento. La implementación de la medición y monitoreo de este indicador está sujeta a la existencia de información (ficha clínica en línea que permita acceder a resultados de los exámenes de rutina, manteniendo el anonimato de los pacientes), lo cual no está bajo la responsabilidad del programa. Frente a limitaciones en el acceso a la información, podría considerarse trabajar con una parte de los beneficiarios (aquellos sobre los cuales se cuente con esta información) y no con la totalidad de ellos</p>	<p>Debido a la dificultad de determinar la adherencia de los usuarios, no existiendo un consenso internacional al respecto, la implementación de la evaluación se había visto complicada. Sin embargo, se tiene lista una propuesta de medición de adherencia a implementar para el proceso 2019. No consideramos que el uso de los parámetros clínicos o de la compensación terapéutica sea adecuado, ya que la evidencia internacional destaca que se trata de componentes dependientes de múltiples variables, lo que no permite distinguir a los usuarios adherentes de los no adherentes a tratamientos farmacológicos. Por esto, se plantea el uso de registros electrónicos del retiro de fármacos, lo cual está estrechamente relacionado con la adherencia efectiva a los medicamentos y es actualmente utilizado por los sistemas de salud norteamericanos y de algunos países europeos.</p>

<p>3. Implementar un mecanismo que permita al programa efectuar un monitoreo de la ejecución del presupuesto en los niveles operativos, a fin de verificar el cumplimiento de los criterios de asignación de recursos que se tuvieron presente en el proceso de asignación del presupuesto a los SS. Se entiende por monitoreo una rendición agregada por SS, que dé cuenta de recursos transferidos y, además entregue un indicador que permita vincular el gasto con la producción. Dado que la ausencia de un mecanismo similar afecta a todos los PRAPs, como también que la implementación de este mecanismo excede el ámbito del programa, se recomienda implementar el mecanismo que el MINSAL determine para este fin.</p>	<p>La resolución N°30 de CGR obliga a los municipios a enviar un informe de rendición de gastos por Programa, mensualmente a los Servicios de Salud, debiendo quedar en poder de dichos Servicios la información detallada, no siendo parte de las funciones que tiene MINSAL.</p> <p>De todas formas este año se está comenzando con una marcha blanca, a nivel de la División de Presupuesto de MINSAL, para evaluar la factibilidad de obtener la rendición de los programas. Por lo tanto, el contar con información de este tipo a futuro, dependerá de este proceso.</p>
<p>4. Considerando las restricciones existentes en relación con el hecho que sólo es posible sugerir a los SS y establecimientos APS la compra de medicamentos e insumos vía CENABAST, se sugiere que el programa realice un monitoreo periódico (se estima prudente de carácter trimestral) de descriptores estadísticos de precios de los medicamentos (precio promedio simple, promedio ponderado, moda, precios mínimos y máximos) e informe de ello a los SS, de modo que estas instituciones consideren aquella información como señales para controlar gastos vía la obtención de precios más competitivos, y por ende, asignar eficientemente los recursos disponibles. Se debe considerar que una pequeña variación de precios puede impactar fuertemente el gasto de cada entidad y, por tanto, comprar a bajo precio puede generar importantes ahorros para las instituciones.</p>	<p>En relación a los precios, el ministerio a nivel de subsecretaría de redes, trabaja con precios promedios ponderados entregados por CENABAST en forma anual (en general las compras son anuales, programándose con un año de antelación) y no se tiene posibilidad de realizar un monitoreo más exhaustivo de los precios a los que adquieren las corporaciones o departamentos de salud. En la misma línea, al momento de esta evaluación se hizo hincapié a que existe una estrategia ministerial más allá de la División de Atención Primaria, en que se está construyendo un <i>OBSERVATORIO DE PRECIOS</i> y que desde ahí se debería realizar, no como parte de FOFAR, puesto que se aleja de su objetivo.</p>
<p>5. Avanzar en la línea de acción de apoyo a la obtención de Autorización Sanitaria de las Droguerías de los 14 SS restantes que no cuentan con dicha autorización.</p>	<p>De acuerdo con el comentario, ya que es uno de los objetivos principales del programa, el problema es que si bien se busca avanzar en la implementación de droguerías de los SS faltantes y a nivel de comunas que permitan dar cumplimiento a la normativa vigente, los recursos son limitados y los procesos de habilitación o construcción son largos, por lo que no es posible comprometer el cierre de los 14 SS a corto plazo.</p>
<p>6. Actualizar la estimación de brecha de QF y TENS, en términos de número de profesionales (jornadas de 44 horas) necesarias para dar cumplimiento al estándar, y su distribución geográfica (por SS).</p>	<p>Se realizó la actualización de la brecha de QF, para efectos de la solicitud de expansión presupuestaria 2019. Para la brecha de TENS en Farmacia se requerirá de tiempo adicional, debido al tipo de registros con que se cuenta, en que las dotaciones se informan en términos genéricos de técnicos o auxiliares, no pudiendo distinguir si son de Farmacia, enfermería, dental entre otros.</p>
<p>7. Cuantificar y caracterizar a los beneficiarios, en variables tales como grupos de edad, género y</p>	<p>FOFAR comparte el perfil de usuario con el del programa de salud Cardiovascular y los datos pueden extraerse desde los Registros estadísticos del Programa en que se</p>

distribución geográfica por SS, a fin de definir políticas de acción orientadas a cerrar eventuales brechas.	tiene una caracterización por grupo etario, género y etnia. Por lo tanto, no es necesario hacer este levantamiento de perfil.
8. Revisar la orientación establecida para el stock crítico en términos de definir el mínimo de tiempo necesario para el abastecimiento de medicamentos, o mecanismos alternativos como convenios de entrega oportuna. Definir indicadores para el monitoreo del stock crítico de acuerdo a la definición actualizada y realizar un monitoreo periódico. Todo esto debiera ser incluido en el documento de Orientación Técnica del programa.	Si bien nos parece pertinente que es necesario hacer adecuaciones a las definiciones de stock crítico, en la actualidad el programa no cuenta con evidencia para sustentar un cambio de este tipo
9. Cambiar la denominación del indicador de seguimiento que utiliza el programa "Valorizado de merma" por "Porcentaje de merma de medicamentos", debido a que este indicador constituye un porcentaje que da cuenta de los recursos monetarios perdidos por merma de medicamentos. Además, precisar la meta de este indicador (100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores al establecido en el Servicio de Salud), pues los SS no determinan un porcentaje de merma específico. Esto debiera ser incluido en el documento de Orientación Técnica del programa, estableciendo también cual es el porcentaje de merma máximo esperado por el programa.	Se corregirá el indicador para las orientaciones 2019.
10. Ampliar el número de indicadores utilizados para el seguimiento del programa respecto a los usados actualmente, a partir de la matriz de marco lógico construida en esta evaluación. Se debe considerar que el programa cuenta con un sistema de información que permite medir los indicadores propuestos por el panel y, por lo tanto, procesar esa información permitiría optimizar la gestión del programa a través del tiempo. En ese sentido para medir la eficiencia del programa en el tiempo es básico generar información de precios, como se comentó en la recomendación 3 (componente 1). Asimismo, respecto al componente 2, el panel estima que los indicadores "porcentaje de droguerías con autorización sanitaria" y "gasto promedio mensual por cargo 44 hrs." apoyarían la gestión del programa y permitirían dar cuenta de los aportes de FOFAR a la gestión de farmacias en establecimientos APS y SS	En relación a esta recomendación, como ente técnico no estamos de acuerdo en aumentar el número de indicadores, ya que dificulta la evaluación y reliquidación a nivel de las comunas. Por otra parte, en relación a las propuestas, la construcción o habilitación de droguerías toma tiempo, no siendo posibles implementarlas de un año a otro ya que los recursos son limitados para este ítem. En relación a indicadores de precio, se reiteran los comentarios expresados en el punto 4.
11. Revisar y actualizar el documento de Orientaciones Técnicas, para dar cuenta de la ejecución actual del programa y los ajustes/revisiones surgidas producto de esta evaluación	Se realizará la evaluación de las orientaciones según los puntos mencionados anteriormente, actualizando lo que corresponda para el proceso 2019.