

**INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
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

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	1
1.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	1
2.	CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO.....	3
3.	ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS.....	11
II.	EVALUACION DEL PROGRAMA	12
1.	JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA.....	12
1.1.	ORIGEN DEL PROGRAMA.....	12
1.2.	DEFINICIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO	14
1.3.	PROBLEMAS DE SALUD ATENDIDOS POR EL PROGRAMA	15
1.4.	EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS COMO HERRAMIENTA DE SALUD PÚBLICA.....	19
1.5.	LA IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	21
1.6.	APROXIMACIÓN TEÓRICA DESDE LA ECONOMÍA PÚBLICA: ¿POR QUÉ LOS ESTADOS DEBEN FINANCIAR EL GASTO EN MEDICAMENTOS DE LAS PERSONAS?	21
1.7.	SÍNTESIS DE LOS ARGUMENTOS DE SALUD PÚBLICA Y ANÁLISIS ECONÓMICO QUE JUSTIFICAN EL PROGRAMA	24
2.	EFICACIA Y CALIDAD.....	27
2.1.	EFICACIA A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES (EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PROPOSITO Y FIN).....	27
2.2.	EFICACIA A NIVEL DE COMPONENTES (PRODUCCIÓN DE BIENES O SERVICIOS).....	29
2.3.	COBERTURA Y FOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA (POR COMPONENTES EN LOS CASOS QUE CORRESPONDA)	36
2.4.	CALIDAD (SATISFACCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EFECTIVOS, OPORTUNIDAD, COMPARACIÓN RESPECTO A UN ESTÁNDAR).....	46
3.	ECONOMÍA.....	49
3.1.	FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS	49
3.2.	EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA.....	55
3.3.	APORTES DE TERCEROS.....	57
3.4.	RECUPERACIÓN DE GASTOS	57

4.	EFICIENCIA	58
4.1.	A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....	58
4.2.	A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES. RELACIONA GASTOS CON PRODUCTOS.....	61
4.3.	GASTOS DE ADMINISTRACIÓN.....	62
III.	CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES	63
1.	CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL.....	63
2.	RECOMENDACIONES.....	64
2.	BIBLIOGRAFÍA.....	68
3.	ENTREVISTAS REALIZADAS	71
4.	ANEXOS DE TRABAJO.....	73
	ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA.....	73
	ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	75
	ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, PERÍODO 2014-2017.....	78
	ANEXO 2(C): ANÁLISIS DE DISEÑO DEL PROGRAMA.....	82
A.	RELACIONES DE CAUSALIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA (LÓGICA VERTICAL).....	82
B.	SISTEMA DE INDICADORES DEL PROGRAMA (LÓGICA HORIZONTAL).....	83
	ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA.....	86
A.	PROCESO DE PRODUCCIÓN DE CADA UNO DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS (COMPONENTES) QUE ENTREGA EL PROGRAMA. 86	
B.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES.....	90
C.	CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO.....	97
D.	FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE.....	101
	ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS.....	104
	ANEXO 5: FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS.....	105
	ANEXO 6: POBLACIÓN POTENCIAL POR DIAGNÓSTICO (SIN CORRECCIÓN POR COMORBILIDAD) DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y DISLIPIDEMIA, POR GRUPO ETARIO Y SEXO (2014 – 2017).....	106
	ANEXO 7: EXPANSIÓN PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO APS 2017.....	114

ANEXO 8: LISTADO DE PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO APS - 2017 116

ANEXO 9: PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE RECETAS POR SERVICIO DE SALUD, 2014-2017 118

ANEXO 10: SITUACIÓN DEL STOCK CRÍTICO SEGÚN SERVICIO DE SALUD, 2018 119

ANEXO 11: DISTRIBUCIÓN POR SERVICIO DE SALUD DE LOS PRÉSTAMOS DE STOCK CRÍTICO Y SU VALORIZACIÓN 120

ANEXO 12: DISTRIBUCIÓN DE CARGOS 44 HORAS QF Y TENS POR SS Y COMUNA, 2014-2017 121

ANEXO 13: ANÁLISIS DE PRECIOS 122

ANEXO 14: METODOLOGÍA DE ESTIMACIÓN DE GASTOS ADMINISTRATIVOS, ELABORADA POR FOFAR 130

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

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, hipertensión arterial y colesterol elevado), 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, como también ONGs en convenios con los Servicios de Salud. Comenzó a ejecutarse el año 2014 y, dado que se trata de un Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria³, no tiene fecha prevista de término.

Sus objetivos se definen como:

Fin: “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población bajo control con diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemia”.

Propósito: “Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS⁴ con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, 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”.

FOFAR asegura la entrega de medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas durante todo el periodo en que la persona cuenta con la receta vigente emitida por médico del centro de salud donde se atiende. Dado que se trata de un programa ejecutado en la atención primaria, la estrategia se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. Los objetivos estratégicos del MINSAL y la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los que responde el programa responde se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1: Objetivos estratégicos a los que responde el programa

Objetivos estratégicos
MINSAL
Objetivo Estratégico N°1: Fortalecer la función de Rectoría del Ministerio de Salud. Objetivo Estratégico N°2: Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos. Objetivo Estratégico N°3: Fortalecer la Atención Primaria de Salud, para acercar más salud a las personas. Objetivo Estratégico N°6: Fortalecer la gestión y financiamiento de la red asistencial pública. Objetivo Estratégico N°9: Avanzar hacia una Política Nacional de Medicamentos, ampliando la cobertura a los problemas de salud que más afectan a la población.
Subsecretaría de Redes
Objetivo Estratégico N°1: Mejorar la gestión de los Servicios de Salud y sus establecimientos, optimizando sus procesos clínicos y resultados,

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

² Resolución Exenta N°24 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 8 de enero de 2018. Todas las resoluciones correspondientes al período evaluado (2014-2017) tienen la misma definición

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 En 2017 se financiaron 44 PRAPS (Ver listado en Anexo 8).

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 Esta definición fue elaborada por el panel en base a definiciones entregadas por el programa.

en el marco de la gestión integrada de redes asistenciales, para lograr una gestión sanitaria centrada en la mejora continua y calidad de la atención, que dé cuenta del enfoque de determinantes sociales de la salud, equidad en el acceso, incorporación del enfoque de género, respeto a la diversidad y trato digno en la solución de los problemas de salud de la población a cargo.

Objetivo Estratégico N°2: Optimizar progresivamente el funcionamiento del GES con enfoque de derechos en salud mediante la gestión de brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones, derivada de problemas de salud garantizados, fortaleciendo la integración de la red asistencial bajo modelo RISS basada en APS.

Objetivo Estratégico N°3: Fortalecer la gestión del recurso humano perteneciente a nuestra red asistencial, mediante la generación de una política asociada al desarrollo del talento humano, actual y futuro, con el fin de dar cuenta de sus condiciones de trabajo, suficiencia, formación y retención que permita atender los problemas de salud de la población.

Objetivo Estratégico N°4: Optimizar el modelo de financiamiento reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud (dispersión geográfica, carga de morbilidad, complejidad, etc.) explicitando el déficit estructural del Sector, para lograr equilibrio financiero y avanzar en equidad.

Objetivo Estratégico N°5: Invertir en el fortalecimiento de la infraestructura de las redes asistenciales, del equipamiento y tecnología, del nivel primario y hospitalario de los servicios de salud, mediante la gestión del Plan Nacional de Inversiones que permita la incorporación de nuevos hospitales, centros de salud familiar y servicios de atención primaria de alta resolución, con el fin de mejorar la calidad de atención y satisfacción de nuestros usuarios

Estrategia Nacional en Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 -2020

Objetivo estratégico N°2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

Objetivo estratégico N°8: "Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas"

Fuente: Elaboración del panel en base a información entregada por el programa.

Los fundamentos legales para el período evaluado y a partir de 2018 se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2: Fundamentos legales del programa

Resolución exenta – Fecha	Glosa	Año de ejecución
N°535 – 28 de abril de 2014	Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud	2014
N°1187– 27 de noviembre de 2014	Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud	2015
N°1250 – 31 de diciembre de 2015	Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud	2016
N°1286 – 1 de diciembre de 2016	Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud	2017
N°24– 8 de enero de 2018	Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud	2018

Fuente: Elaboración del panel.

El programa se orienta a entregar medicamentos en forma completa y oportuna, para evitar la discontinuidad de los tratamientos de los pacientes con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia (colesterol alto). Para ello, garantiza que las personas que se encuentran en control en atención primaria por estos problemas de salud reciban los medicamentos prescritos por su médico de forma completa (tipo y cantidad de las prescripciones definidas para el programa), los días que las personas son citadas al retiro de sus medicamentos, reforzando la adherencia al tratamiento mediante la atención farmacéutica y la mensajería a los teléfonos celulares⁷ o llamadas telefónicas a teléfonos fijos o celulares (sistema de gestión de citas). El programa cuenta con dos componentes⁸:

- **Componente 1:** Población con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia 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); Sistema de solución de reclamos; y Stock Crítico (asegurar provisión de medicamentos por un período de dos meses).

⁷ MIDESO. Informe de seguimiento de programas sociales (cierre al 30 de junio de 2017). Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO). Santiago. 2017.

⁸ 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 Sección III.2. Recomendaciones).

- **Componente 2:** Gestión Farmacéutica: Recursos Humanos (contratación⁹ 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 web); y Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de farmacia en los Servicios de Salud y los establecimientos APS, mediante la compra de refrigeradores clínicos, habilitación de bodegas¹⁰, o similares.

2. Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo

La población potencial es la siguiente:

“Personas de 15 y más años que se atienden en el sistema público de salud y que tienen al menos uno de los siguientes problemas de salud: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia”¹¹. Como señala el programa, ésta se obtiene aplicando las prevalencias de estas enfermedades en Chile a la población validada¹² por FONASA de 15 y más años, que se atiende en los centros de salud primaria administrados por Servicios de Salud, municipalidades, y ONGs en convenio con Servicios de Salud.

Los tres problemas de salud abordados por el programa pueden presentarse de manera concomitante en una sola persona, lo que se entiende como comorbilidad. Por ello, es necesario aplicar un factor de ajuste en el proceso de cuantificación de la población, que se explica más adelante.

Caracterización y cuantificación de la población potencial

Para cuantificar la población potencial del programa se determina, en primer lugar, la población inscrita validada en FONASA de 15 años y más, para cada año en análisis, a la cual se aplican las tasas de prevalencia de los tres diagnósticos. Dado que las prevalencias son distintas según grupos de edad, los datos de población FONASA se presentan desagregados en los grupos de 15 a 64 años y 65 años y más, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 1: Población inscrita validada por FONASA¹³ (2014-2017)

Población	2014		2015		2016		2017		Variación % 2014-2017
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Total población FONASA inscrita validada	10.344.019	100,0	10.583.770	100,0	10.625.670	100,0	10.675.576	100,0	3,21
Población FONASA inscrita validada 15-64 años	8.797.256	85,0	8.961.345	84,7	8.961.073	84,3	8.965.238	84,0	1,91
Población FONASA inscrita validada 65 y más	1.546.763	15,0	1.622.425	15,3	1.664.597	15,7	1.710.338	16,0	10,58

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

La población inscrita validada por FONASA crece en 3,21% en el período evaluado. El grupo de 65 y más años presenta mayor crecimiento (10,58%) en comparación con el grupo de entre 15 a 64 años, que lo hace en 1,91%. Esto es consistente con las mayores tasas de crecimiento de los adultos mayores respecto de la población total y de los menores de 65 años a nivel del país, como también con el traspaso desde ISAPRES a FONASA que se produce en particular en este grupo de edad.

El Cuadro 2 muestra la prevalencia (en porcentajes) de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dislipidemia (DLP) por grupos de edad. Se observa que las prevalencias de los 3 problemas de salud son mayores en la población de 65 y más años. El Cuadro 3 muestra la distribución por sexo de las

⁹ La modalidad de contratos puede ser a honorarios o contrata, dependiendo de las posibilidades/prácticas de cada Municipio o Servicio de Salud. El programa no establece una prioridad de contratación del Municipio o del Servicio de Salud.

¹⁰ El programa aporta recursos para la habilitación de zonas de acopio (mejorar condiciones de dependencia ya existentes (información entregada por el programa el 8 de junio de 2018).

¹¹ Esta definición fue elaborada por el panel en base a definiciones entregadas por el programa.

¹² Se refiere a la validación que hace FONASA del número de beneficiarios de APS, para efectos del pago per cápita.

¹³ Incluye población APS municipal, dependiente de SS y ONGs en convenio con SS.

prevalencias en esos grupos de edad. Se observa que en todos los grupos de edad las prevalencias son mayores en las mujeres, para los tres problemas de salud.

Cuadro 2: Prevalencias de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia¹⁴ según grupo de edad

Grupo de edad	HTA	DM2	DLP
15 a 64 años	15,7%	10,0%	27,9%
65 años y más	64,3%	25,0%	42,0%

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

Cuadro 3: Distribución porcentual de las prevalencias de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia por sexo

Grupo de edad	HTA % Hombre	HTA % Mujer	DM 2 % Hombre	DM 2 % Mujer	DLP % Hombre	DLP % Mujer
15 a 64 años	36,0%	64,0%	38,0%	62,0%	33,0%	67,0%
65 años y más	39,0%	61,0%	40,0%	60,0%	34,0%	66,0%

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

Estas prevalencias se aplicaron a la población inscrita y validada por FONASA, para obtener la cuantificación de la población potencial de cada uno de los diagnósticos. La información que se presenta en el Cuadro 4 y Gráfico 1 tiene como finalidad ilustrar sobre la distribución de la población potencial, según prevalencia y sin corrección por comorbilidad, para cada año evaluado. Como se puede observar, la HTA presenta la mayor variación en el período, con un aumento de 5,54%, seguido de DM2 (4,56%) y DLP (3,72%). La distribución por patología indica que la DLP tiene la mayor participación de población potencial, con valores que fluctúan entre 45,7% y 46% en los años en análisis. Siguen en importancia la HTA con 35,6% y DM2 con 18,8%, ambas en 2017.

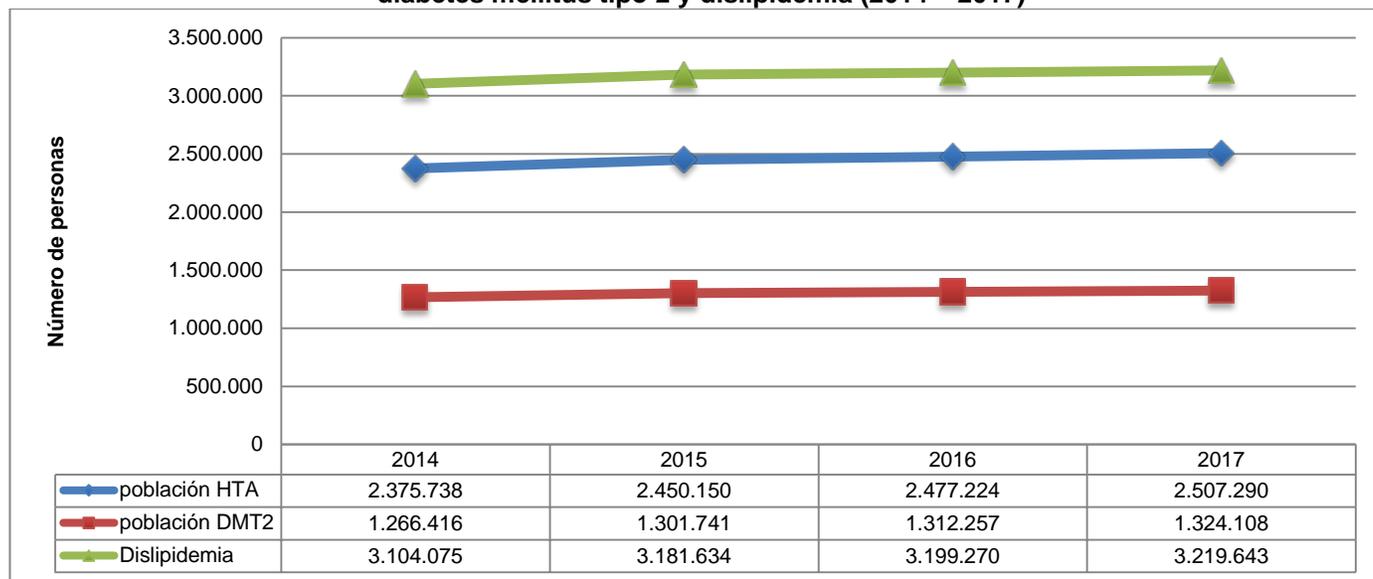
Cuadro 4: Estimación Población Potencial (sin corrección por comorbilidad) por diagnósticos Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia, (2014- 2017)

Población	2014		2015		2016		2017		Variación porcentual 2014-2017
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Población potencial Hipertensión arterial 15 y más años (según prevalencia)	2.375.738	35,2	2.450.150	35,3	2.477.224	35,4	2.507.290	35,6	5,54
Población potencial Diabetes Mellitus tipo 2 15 y más años (según prevalencia)	1.266.416	18,8	1.301.741	18,8	1.312.257	18,8	1.324.108	18,8	4,56
Población potencial Dislipidemia 15 y más años (según prevalencia)	3.104.075	46,0	3.181.634	45,9	3.199.270	45,8	3.219.643	45,7	3,72

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

¹⁴ Las prevalencias de dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 fueron obtenidas por la Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010. En el caso de la hipertensión arterial se utilizó el estudio de Fasce, E; Campos, I; Ibañez, P; Flores, M; Zárata, H; Román, O. *Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in urban communities in Chile.* J Hypertens 2007; 25: 1807-11.

Gráfico 1: Población potencial por diagnóstico (sin corrección por comorbilidad) de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia (2014 – 2017)



Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR

En el Anexo 6 se puede ver la población potencial, según prevalencia y sin corrección por comorbilidad, para el período en análisis, diferenciada por diagnóstico, grupo de edad y sexo. Se presenta también la estructura porcentual de cada diagnóstico para el año 2017. No se presenta para el resto de los años por cuanto no se observaron variaciones significativas con respecto a 2017. El análisis por grupo de edad señala que la mayor cantidad de población potencial se concentra principalmente en las personas de 15 a 64 años en todos los diagnósticos (HTA 56,1%, DM 2 67,7% y DLP 77,7%). En cuanto a la distribución por sexo, en las tres patologías las mujeres son mayoritarias en todos los grupos de edad, en rangos entre 60% y 66,8%, del total de población potencial. Cabe señalar que en la DLP se observa la mayor proporción de mujeres, con 66,8% del total.

Como ya se señaló, una cantidad de personas es diagnosticada con más de uno de los problemas de salud de los que se ocupa FOFAR, lo que se define como comorbilidad. El método utilizado por el programa para obtener el porcentaje de comorbilidad consiste en calcular la diferencia entre la población bajo control del PSCV y la suma de las poblaciones bajo control de los tres diagnósticos, diferencia que en el año 2017 alcanza al 65% de la población bajo control en el PSCV (ver a continuación Análisis Población Objetivo). No se cuenta con información que describa cómo se compone la comorbilidad desagregada por problemas de salud (HTA y DM2; HTA y DLP; DM2 y DLP; y HTA, DLP y DM2). Por tal razón, los datos se presentan agregados.

El Cuadro 5 muestra la población potencial del programa corregida por comorbilidad, la que en el año 2017 alcanzó a más de cuatro millones y medio de personas, con un incremento de 11,4% en el período 2014 – 2017.

Cuadro 5: Población Potencial corregida por comorbilidad de tres diagnósticos (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia), 2014 – 2017

Población	2014	2015	2016	2017	Variación % 2014-2017
Población potencial total (suma 3 diagnósticos)	6.746.229	6.933.525	6.988.751	7.051.041	4,5
Población bajo control PSCV	2.090.174	2.163.914	2.241.715	2.301.144	10,1
Factor de corrección por comorbilidad (%)	61	64	65	65	6,6
Población potencial total (suma 3 diagnósticos) corregida por comorbilidad	4.115.200	4.437.456	4.542.688	4.583.177	11,4

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

Cabe señalar que el porcentaje de personas que presentan más de un problema de salud de FOFAR ha aumentado desde un 61% en el año 2014 hasta el 65% en los dos últimos años en análisis.

A continuación, se presenta la distribución por Servicio de Salud (SS) para los cuatro años evaluados y su participación porcentual dentro del total del país, además de la variación experimentada en el período. En el año 2017, las mayores participaciones se observan en la Región Metropolitana donde el SSM Sur Oriente tiene la más alta cantidad de personas potencialmente beneficiarias del programa con el 8,2% del total del país, seguido del SSM Occidente (7,8%), SSM Sur (7,4%). Siguen en importancia el SS Maule con 6,9% y SS Viña del Mar Quillota con 5,7% del total del país.

En relación con las variaciones experimentadas por los SS en el período, destacan entre las mayores las observadas en los SS Iquique (22,5%), Aconcagua (18,3%) y Metropolitano Norte (15,0%).

Cuadro 6: Población Potencial por Servicios de Salud, 2014 - 2017

Servicio de Salud	2014		2015		2016		2017		Variación porcentual 2014-2017
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Total País	4.115.200	100,0	4.437.456	100,0	4.542.688	100,0	4.583.177	100,0	11,4
Arica	60.044	1,5	59.527	1,3	59.992	1,3	60.191	1,3	0,2
Iquique	65.794	1,7	73.557	1,7	78.026	1,8	80.592	1,9	22,5
Antofagasta	94.249	2,3	104.752	2,4	107.024	2,4	107.776	2,4	14,4
Atacama	65.606	1,6	71.765	1,7	73.140	1,7	74.228	1,7	13,1
Coquimbo	171.068	4,2	184.826	4,2	190.863	4,2	196.553	4,3	14,9
Aconcagua	67.347	1,6	77.699	1,8	79.073	1,8	79.678	1,7	18,3
Viña del Mar Quillota	235.356	5,6	254.044	5,6	260.725	5,6	268.606	5,7	14,1
Valparaíso San Antonio	138.014	3,3	149.403	3,3	152.589	3,3	152.059	3,3	10,2
Metropolitano Central	180.693	4,2	200.184	4,4	204.681	4,4	205.287	4,3	13,6
Metropolitano Norte	187.572	4,5	206.377	4,6	212.495	4,7	215.724	4,7	15,0
Metropolitano Occidente	323.242	7,9	346.280	7,9	353.724	7,8	354.222	7,8	9,6
Metropolitano Oriente	222.164	5,1	222.522	4,7	233.310	4,8	233.051	4,7	4,9
Metropolitano Sur	306.610	7,4	337.835	7,6	339.936	7,5	340.820	7,4	11,2
Metropolitano Sur Oriente	333.807	8,3	361.139	8,3	366.682	8,2	367.013	8,2	9,9
Del Libertador B.O'Higgins	201.167	5,0	215.593	4,9	223.193	5,0	228.719	5,1	13,7
Del Maule	283.646	7,0	299.918	6,8	308.193	6,9	313.913	6,9	10,7
Ñuble	136.376	3,3	145.551	3,3	144.926	3,2	141.118	3,1	3,5
Concepción	149.802	3,7	161.673	3,7	166.007	3,7	167.793	3,7	12,0
Arauco	43.554	1,1	45.275	1,1	45.606	1,0	46.588	1,0	7,0
Talcahuano	94.767	2,3	102.420	2,3	105.245	2,3	105.536	2,3	11,4
Biobío	112.730	2,7	121.083	2,7	124.492	2,8	125.221	2,7	11,1
Araucanía Norte	57.227	1,4	59.855	1,3	61.660	1,3	62.006	1,3	8,4
Araucanía Sur	204.369	4,9	223.103	5,0	227.156	5,0	227.543	5,0	11,3
Valdivia	109.073	2,7	119.052	2,7	121.340	2,7	122.170	2,7	12,0
Osorno	68.307	1,6	73.196	1,6	74.150	1,6	74.820	1,6	9,5
Del Reloncaví	97.211	2,4	105.762	2,4	109.595	2,5	111.884	2,5	15,1
Chiloé	48.555	1,2	52.637	1,2	54.398	1,2	55.257	1,2	13,8
Aisén	20.823	0,5	22.892	0,5	24.053	0,5	23.861	0,5	14,6
Magallanes	36.025	0,9	39.537	0,9	40.413	0,9	40.950	0,9	13,7

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

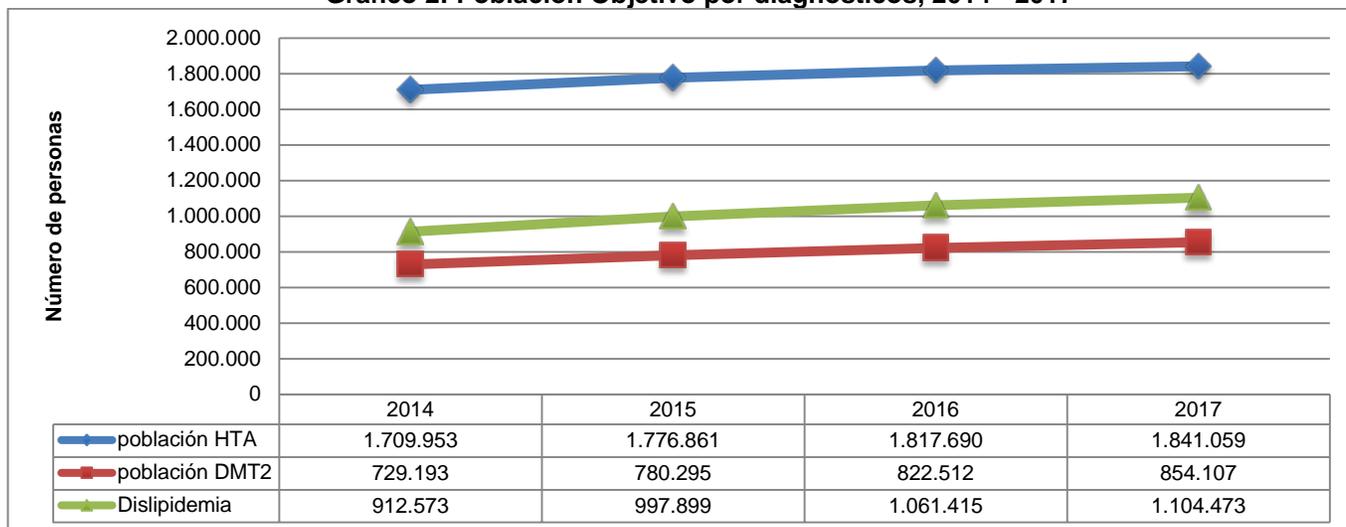
Población objetivo

El programa define a su población objetivo como la siguiente:

“Personas de 15 años y más que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular¹⁵, que presentan al menos uno de los siguientes diagnósticos: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia”¹⁶.

El Gráfico 2 presenta la población objetivo, corregida por comorbilidad y diferenciada por diagnósticos, para los cuatro años evaluados. Se observa que la hipertensión arterial presenta la mayor cantidad de diagnósticos durante todo el período evaluado.

Gráfico 2: Población Objetivo por diagnósticos, 2014 - 2017



Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

El Cuadro 7 presenta la población bajo control del PSCV y las poblaciones bajo control de cada diagnóstico (HTA, DM 2 y DLP), para cada año evaluado. Como se puede observar, la población bajo control en el PSCV alcanza a 2.301.144 personas en el año 2017 (13% de la población nacional) y ha aumentado en 10,1% en el período. Por su parte, las poblaciones objetivo de HTA, DM2 y DLP ascienden, consideradas de manera independiente, en total a casi 3 millones ochocientos mil personas en el año 2017, la que se distribuye de la siguiente forma: en los tres diagnósticos, la mayor participación reside en HTA con cerca del 50% en todos los años. Sigue la DLP con alrededor de un tercio de la población objetivo, con tendencia a aumentar su participación, en tanto la DM2 concentra poco más del 20% del total en todos los años evaluados. El análisis de las variaciones entre 2014 y 2017 señala que la DLP presenta el mayor aumento con 21% en el período, seguido de DM2 (17,1%) y HTA (7,7%).

Como ya se señaló, existe una comorbilidad en esta población, la que en el año 2017 alcanza a 1.498.495 personas, cifra que se obtiene de restar la población bajo control en PSCV (2.301.144) a la suma de la población bajo control diferenciada por patología (3.799.639). Ello que significa que el 65% de la población bajo control en el PSCV en 2017 es diagnosticada con más de un problema de salud (ver siguiente cuadro). Se debe tener presente que no se tiene el desglose de la comorbilidad por problema de salud.

¹⁵ El PSCV surgió en el año 2002, fusionando el Programa de Hipertensión Arterial y el Programa de Diabetes. Véase MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales. “Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017”. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.

¹⁶ Esta definición fue elaborada por el programa durante esta evaluación, en conjunto con el panel.

Cuadro 7 : Población Objetivo por diagnósticos, 2014 - 2017

Población / Diagnósticos	2014		2015		2016		2017		Variación % 2014-2017
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Población objetivo (Número de Personas en PSCV (1))	2.090.174		2.163.914		2.241.715		2.301.144		10,1
Personas bajo control según problema de salud (2)									
HTA (a)	1.709.953	51,0	1.776.861	50,0	1.817.690	49,1	1.841.059	48,5	7,7
DM 2 (b)	729.193	21,8	780.295	21,9	822.512	22,2	854.107	22,5	17,1
DLP (c)	912.573	27,2	997.899	28,1	1.061.415	28,7	1.104.473	29,1	21,0
Total (3)=(a) + (b) + (c)	3.351.719	100,0	3.555.055	100,0	3.701.617	100,0	3.799.639	100,0	13,4
Porcentaje de comorbilidad (4) = ((3-1) / 1) * 100	61		64		65		65		6,6

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR

El Cuadro 8 muestra la distribución de la población objetivo del programa, diferenciada por diagnóstico, por grupo etario y por sexo. Estos datos no están corregidos por comorbilidad, debido a que no se cuenta con la desagregación de la comorbilidad por problema de salud.

El análisis por diagnóstico señala que, a diferencia de lo observado en la población potencial, la HTA se concentra principalmente en el grupo etario de 65 años y más (54.3%). Por su parte las mujeres son mayoritarias con el 62,7% del total de esta población objetivo. La DM2 tiene una distribución similar en ambos grupos etarios (51,3% de 15 a 64 años y 48,7% en 65 y más años), en tanto las mujeres representan el 60,9% del total de la población objetivo de este diagnóstico. Por su parte, la DLP presenta una distribución similar a la DM2 con un 52,3% del grupo de 15 a 64 años y 47,7% en los mayores de 65 años. Las mujeres alcanzan a dos tercios del total de la población objetivo de este diagnóstico.

El Cuadro 9 muestra la distribución geográfica de la población objetivo de FOFAR, diferenciada por SS para el período 2014-2017. También se presenta la distribución porcentual de cada uno en relación al total del país, así como la variación porcentual observada entre los años en análisis. Como se puede observar, en el año 2017 el SS M. Sur Oriente registra la mayor concentración de personas con un 8,5%, seguido del SS del Maule (7,4%) y del SSM Occidente con 7,2%. Por su parte, los mayores crecimientos en el período ocurren en los SS Aysén (23,6%), SS M. Central (21,0%), SS Arica (19,3%) y SS Chiloé (18,4%).

**Cuadro 8: Población Objetivo por diagnósticos, tramo etario y sexo, sin corrección por comorbilidad
2014 - 2017**

Población	2014	2015	2016	2017	%	Variación Porcentual 2014-2017
	N° personas	N° personas	N° personas	N° personas		
Hipertensión Arterial						
Población objetivo HTA (15 y más años)	1.709.953	1.776.861	1.817.690	1.841.059	100,0	7,7
Población objetivo HTA (15 y más años) Hombres	625.950	654.445	675.046	686.412	37,3	9,7
Población objetivo HTA (15 y más años) Mujeres	1.084.003	1.122.416	1.142.644	1.154.647	62,7	6,5
Población objetivo HTA (15 a 64 años)	814.597	835.421	842.274	840.655	45,7	3,2
Población objetivo HTA (15 a 64 años) Hombres	281.095	291.381	296.073	298.631	16,2	6,2
Población objetivo HTA (15 a 64 años) Mujeres	533.502	544.040	546.201	542.024	29,4	1,6
Población objetivo HTA (65 y más años)	895.356	941.440	975.416	1.000.404	54,3	11,7
Población objetivo HTA (65 y más años) Hombres	344.855	363.064	378.973	387.781	21,1	12,4
Población objetivo HTA (65 y más años) Mujeres	550.501	578.376	596.443	612.623	33,3	11,3
Diabetes Mellitus tipo 2						
Población objetivo DM 2 (15 y más años)	729.193	780.295	1.061.415	854.107	100,0	17,1
Población objetivo DM 2 (15 y más años) Hombres	279.863	301.962	355.986	333.966	39,1	19,3
Población objetivo DM 2 (15 y más años) Mujeres	449.330	478.333	705.429	520.141	60,9	15,8
Población objetivo DM 2 (15 a 64 años)	382.895	406.988	563.083	438.271	51,3	14,5
Población objetivo DM 2 (15 a 64 años) Hombres	144.445	154.618	186.337	168.408	19,7	16,6
Población objetivo DM 2 (15 a 64 años) Mujeres	238.450	252.370	376.746	269.863	31,6	13,2
Población objetivo DM 2 (65 y más años)	346.298	373.307	498.332	415.836	48,7	20,1
Población objetivo DM 2 (65 y más años) Hombres	135.418	147.344	169.649	165.558	19,4	22,3
Población objetivo DM 2 (65 y más años) Mujeres	210.880	225.963	328.683	250.278	29,3	18,7
Dislipidemia						
Población objetivo Dislipidemia (15 y más años)	912.573	997.899	1.061.415	1.104.473	100,0	21,0
Población objetivo Dislipidemia (15 y más años) Hombres	300.568	331.928	355.986	372.978	33,8	24,1
Población objetivo Dislipidemia (15 y más años) Mujeres	612.005	665.971	705.429	731.495	66,2	19,5
Población objetivo Dislipidemia (15 a 64 años)	497.024	536.841	563.083	577.106	52,3	16,1
Población objetivo Dislipidemia (15 a 64 años) Hombres	160.756	175.785	186.337	192.098	17,4	19,5
Población objetivo Dislipidemia (15 a 64 años) Mujeres	336.268	361.056	376.746	385.008	34,9	14,5
Población objetivo Dislipidemia (65 y más años)	415.549	461.058	498.332	527.367	47,7	26,9
Población objetivo Dislipidemia (65 y más años) Hombres	139.812	156.143	169.649	180.880	16,4	29,4
Población objetivo Dislipidemia (65 y más años) Mujeres	275.737	304.915	328.683	346.487	31,4	25,7

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

Cuadro 9: Distribución población objetivo por Servicio de Salud, 2014 - 2017

Servicio de Salud	2014		2015		2016		2017		Variación %
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Número de Personas en PSCV	2.090.174	100,0	2.163.914	100,0	2.241.715	100,0	2.301.144	100,0	10,1
Arica	18.291	0,9	19.683	0,9	21.151	0,9	21.825	0,9	19,3
Iquique	26.676	1,3	26.823	1,2	28.713	1,3	29.440	1,3	10,4
Antofagasta	36.637	1,8	39.242	1,8	41.779	1,9	42.625	1,9	16,3
De Atacama	26.653	1,3	22.611	1,0	29.353	1,3	29.432	1,3	10,4
Coquimbo	83.361	4,0	88.670	4,1	93.499	4,2	96.525	4,2	15,8
Valparaíso San Antonio	73.872	3,5	77.035	3,6	78.112	3,5	80.590	3,5	9,1
Viña del Mar Quillota	128.159	6,1	131.361	6,1	131.301	5,9	134.520	5,8	5,0
Aconcagua	33.489	1,6	34.287	1,6	35.370	1,6	34.407	1,5	2,7
Metropolitano Norte	94.833	4,5	99.031	4,6	103.046	4,6	103.576	4,5	9,2
Metropolitano Occidente	157.020	7,5	153.752	7,1	160.635	7,2	166.672	7,2	6,1
Metropolitano Central	76.299	3,7	84.132	3,9	90.479	4,0	92.284	4,0	21,0
Metropolitano Oriente	119.287	5,7	120.453	5,6	116.729	5,2	117.691	5,1	-1,3
Metropolitano Sur	142.354	6,8	147.497	6,8	153.329	6,8	153.236	6,7	7,6
Metropolitano Sur Oriente	175.678	8,4	180.473	8,3	186.318	8,3	195.803	8,5	11,5
Del Libertador B. O'Higgins	116.557	5,6	121.323	5,6	126.163	5,6	129.433	5,6	11,0
Maule	149.396	7,1	158.260	7,3	163.079	7,3	170.492	7,4	14,1
Ñuble	89.494	4,3	91.288	4,2	96.040	4,3	100.330	4,4	12,1
Concepción	82.331	3,9	83.624	3,9	87.961	3,9	90.428	3,9	9,8
Arauco	27.516	1,3	28.989	1,3	29.542	1,3	30.371	1,3	10,4
Talcahuano	55.237	2,6	58.890	2,7	58.639	2,6	57.704	2,5	4,5
Biobío	66.262	3,2	69.069	3,2	69.558	3,1	71.015	3,1	7,2
Araucanía Norte	31.880	1,5	33.532	1,5	34.419	1,5	35.112	1,5	10,1
Araucanía Sur	96.844	4,6	101.753	4,7	105.938	4,7	108.372	4,7	11,9
Valdivia	50.951	2,4	54.930	2,5	55.636	2,5	58.802	2,6	15,4
Osorno	36.470	1,7	39.820	1,8	41.314	1,8	40.275	1,8	10,4
Del Reloncaví	45.319	2,2	45.519	2,1	49.154	2,2	53.220	2,3	17,4
Chiloé	21.579	1,0	22.704	1,0	24.429	1,1	25.539	1,1	18,4
Aisén	8.572	0,4	9.292	0,4	10.224	0,5	10.599	0,5	23,6
Magallanes	19.157	0,9	19.871	0,9	19.805	0,9	20.826	0,9	8,7

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR

Finalmente, se presenta la cobertura de la población objetivo con respecto de la potencial. En todos los años analizados, esta alcanza una alta cobertura, con cerca del 50%, con leves variaciones (Cuadro 10).

Cuadro 10: Población Potencial y Objetivo Período 2014-2017¹⁷

Año	Población Potencial	Población Objetivo	Cobertura de Población Objetivo respecto de la Potencial (%)
2014	4.115.200	2.090.174	50,8
2015	4.437.456	2.163.914	48,8
2016	4.542.688	2.241.715	49,3
2017	4.583.177	2.301.144	50,2
% Variación 2014-2017	11,4	10,1	-1,1

Fuente: Elaboración del panel en base a Información FOFAR

¹⁷ Poblaciones corregidas por comorbilidad.

3. Antecedentes presupuestarios

Los recursos financieros del programa están contenidos en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16 correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 (establecimientos dependientes de Servicios de Salud) y glosa 02 (establecimientos de administración municipal). Su finalidad es “garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a las estrategias¹⁸ que busquen lograr mejorar la adherencia y compensación de pacientes crónicos de enfermedades no transmisibles”. Se precisa que se trata de los gastos realizados entre los meses de enero y diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado¹⁹.

El presupuesto del programa está destinado a financiar medicamentos definidos en el listado referencial de medicamentos por patología, e insumos para la curación avanzada del pie diabético²⁰. Además, el presupuesto financia recursos humanos (Químicos Farmacéuticos, Técnicos de Enfermería Nivel Superior en Farmacia, Técnicos de Nivel Superior en Farmacia o Auxiliares de Farmacia) encargados de fortalecer la gestión de farmacia en los Servicios de Salud y comunas, así como también recursos para mejorar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos e insumos y el financiamiento de acciones que fortalezcan la adherencia al programa por parte de los beneficiarios, a través de servicios de mensajería.

Para la ejecución del programa concurren, además, recursos aportados por el MINSAL para la gestión del mismo en el nivel central y en los Servicios de Salud. Consisten en recursos humanos y bienes y servicios de consumo que se financian con cargo al presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) y de los SS.

El presupuesto del programa está incluido en el presupuesto de la Atención Primaria de Salud (APS) del Ministerio de Salud el que, para efectos de esta evaluación, es equivalente al Presupuesto de la Institución Responsable, por cuanto la actividad del FOFAR se desarrolla en ese nivel de atención.

El Cuadro 11 presenta el presupuesto APS y el presupuesto FOFAR para los años evaluados y 2018. Como se puede apreciar, en 2018 el presupuesto del programa alcanzó a casi MM\$ 41.000, cifra que experimentó un crecimiento del 46,2% en el período en análisis. Por su parte, en ese mismo año el presupuesto de la institución responsable (APS) es de MM\$1.654.078,9 y su aumento fue de 36,2% entre 2014 y 2018. El análisis de estas variaciones se presenta más adelante en el Capítulo II Evaluación del Programa.

3.1. Fuentes y Uso de Recursos Financieros

El presupuesto del FOFAR representó el 2,3% del presupuesto de APS en 2014, año de inicio del programa. Este porcentaje disminuyó a 2,2% al año siguiente y se incrementó a 2,7% en 2016, para bajar a 2,5% los dos años siguientes. Ello es producto del menor crecimiento experimentado por el presupuesto de APS en el período (36,2%), en comparación con el de FOFAR (46,2%).

Cuadro 11: Presupuesto total del programa 2014-2018 (miles de \$ 2018)

Año	Presupuesto del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)	Presupuesto Total Institución Responsable APS (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (%) (a/b)
2014	28.015.637	1.214.644.138	2,3
2015	29.273.644	1.312.578.766	2,2
2016	38.547.725	1.438.554.880	2,7
2017	39.551.986	1.564.309.073	2,5
2018	40.949.635	1.654.078.873	2,5
% Variación 2014-2018	46,2	36,2	

Fuente: Ley de Presupuesto de cada año (FOFAR)

La Ley 19.378 de 1995 establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud, el cual determina un mecanismo de pago Per Cápita a la atención primaria que se otorga en establecimientos municipalizados,

¹⁸ Estrategias: Compra y correcto almacenamiento de medicamentos e insumos APS. Res. Ex. N° 24 del 08.01.2018, pág. 7.

¹⁹ Res. Ex. N° 24 del 08.01.2018, pág. 7.

²⁰ Ver Tablas 7 y 8 del Anexo 3.

el que se calcula en base a número de beneficiarios inscritos en éstos y otras variables sociodemográficas. Estos recursos constituyen el aporte estatal que se entrega a las comunas, a través de los SS. El monto de este presupuesto se determina anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud y está destinado a financiar las 103 prestaciones de salud mencionadas en el Decreto Per Cápita de cada año.

En forma adicional al señalado presupuesto per cápita, existe un presupuesto para los llamados Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (Anexo 8), cuyo objetivo es complementar las prestaciones señaladas en el párrafo anterior, para lo cual se asignan recursos que financian programas específicos definidos por el Ministerio de Salud, entre los cuales se encuentra el FOFAR.

En el siguiente cuadro se presenta la relación entre los presupuestos de FOFAR y de los Programas de Reforzamiento para el período en evaluación.

Cuadro 12: Presupuesto Programas de Reforzamiento APS y Presupuesto FOFAR 2014-2018 (M\$ 2018)

Año	Presupuesto Programas de Reforzamientoa M\$	Presupuesto FOFAR (Ley de Presupuesto) M\$	Porcentaje del presupuesto del FOFAR en relación al presupuesto de Programas de Reforzamiento
2014	291.470.018	28.015.637	9,6
2015	235.017.633	29.273.644	12,5
2016	305.972.266	38.547.725	12,6
2017	346.567.482	39.551.986	11,4
2018	496.234.743	40.949.635	8,3
% Variación 2014-2018	70,3	46,2	

Fuente: Ley de Presupuesto de cada año.

Como se observa en el Cuadro 12, la participación de FOFAR en el presupuesto total de los programas de reforzamiento alcanza al 8,3% en 2018, el menor porcentaje de todos los años en análisis, a pesar de que el presupuesto del programa FOFAR ha ido en constante aumento (46,2% desde 2014). Las variaciones observadas en esta participación son producto de los importantes incrementos que registran los presupuestos de los Programas de Reforzamiento (70,3%), en especial en el año 2018, aumentos que son mayores proporcionalmente a los del FOFAR (43% versus 4%). El aumento de PRAPS se explica por expansiones de sus diferentes líneas de acción por un total de M\$ 126.246 en 2017 con respecto a 2016, cifra que explica el 84,4% del crecimiento del presupuesto de 2017. Entre las mayores expansiones destaca el aumento del monto per cápita para APS, acordado con DIPRES, en cinco años desde 2015, por un M\$64.413. En Anexo 7 se detalla las líneas de acción y los montos que alcanzó la expansión.

II. EVALUACION DEL PROGRAMA

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

1.1. Origen del programa

El programa se creó en 2014 con el siguiente propósito “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”²¹. Como se señala más adelante, este propósito fue reformulado a partir de la resolución que aprobó el programa en el 2016, lo que permitió dar cuenta de mejor manera del propósito del programa.

²¹ Resolución Exenta N°535. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 28 de abril de 2014 (pág. 6).

FOFAR corresponde al séptimo de los 50 compromisos para los primeros 100 días del segundo gobierno de la Presidenta Bachelet²². El Programa de Gobierno 2014-2018 propuso una Política Nacional de Medicamentos, que incluía la creación de un Fondo Nacional de Medicamentos, que beneficiaría a 5 millones de chilenos que se atienden en APS. Como una primera etapa, se comprometió “asegurar que el 100% de las personas mayores de 15 años, con diabetes, hipertensión, colesterol y triglicéridos altos, recibieran sus medicamentos oportunamente”²³. Dado que su población objetivo corresponde a personas que se atienden en el sector público de salud, FOFAR atiende a grupos vulnerables y clase media, lo que se garantiza a través del circuito de entrada al programa, es decir, beneficiarios de APS del sector público. Cabe señalar que los grupos FONASA A y B incluyen a personas con ingresos mensuales por cotizante inferiores a \$276 mil²⁴, mientras que el tramo C incluye ingresos entre \$276 mil y \$402.960 y el D ingresos de \$402.961 y más. En términos de la distribución de beneficiarios según tramo, en 2016 el 23,9% correspondía al grupo A, 33,4% al grupo B, 15,4% al grupo C y 27,3% al grupo D²⁵. Esto significa que 72,7% de los beneficiarios FONASA corresponden a cotizantes con ingresos menores a \$402.960²⁶. 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 ley²⁷. Por ello, FOFAR está impedido de focalizar su intervención según el ingreso de los beneficiarios.

Dos son los argumentos entregados en el Programa de Gobierno para fundamentar la creación de FOFAR. Primero, el alto costo de los tratamientos respecto a otras patologías. Segundo, la insuficiencia de los recursos asignados históricamente por el gobierno central y los municipios. Por ello, se comprometió la firma de convenios con los 345 municipios durante los primeros 100 días de gobierno, para constituir una red de entrega de medicamentos, que resolviera los problemas de acceso a ellos.

FOFAR surge, por tanto, sin contar con un diagnóstico que evidenciara y cuantificara la existencia del problema, como también que entregara información base para contextualizar las brechas de financiamiento. Se definió como uno de los Programas de Reforzamiento a la Atención Primaria, que en este caso asegura el financiamiento para la provisión de medicamentos mediante un presupuesto anual que contiene recursos específicos “marcados” para financiar la canasta de medicamentos necesaria para enfrentar cada uno de los tres problemas de salud abordados por el 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. Por ello, FOFAR fue concebido para suplir un déficit en cantidad y oportunidad en la entrega de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para la curación del pie diabético, respecto del mecanismo utilizado con anterioridad al FOFAR, para la misma población objetivo. El Informe de Fiscalización de los medicamentos e insumos garantizados en el sector público, realizado por la Superintendencia de Salud en 2015, mostró que 92,3% de los medicamentos cotejados²⁸, garantizados

²² Michelle Bachelet. “50 Compromisos para mejorar la calidad de vida en el Chile de todos. 100 primeros días de Gobierno”. Santiago, 2013, pág. 7.

²³ Programa de Gobierno 2014-2018 de la Presidenta Michelle Bachelet. Disponible en <http://www.bibliotecanacionaldigital.cl/bnd/646/w3-article-157782.html> (pág. 89).

²⁴ Información disponible en <https://www.fonasa.cl/sites/fofona/beneficiarios/informacion-general/tramos>.

²⁵ FONASA. “Boletín Estadístico 2015-2016”. Santiago, 2017.

²⁶ De hecho, los beneficiarios de FOFAR corresponden a los beneficiarios FONASA de menores ingresos, puesto que el 83,1% pertenece a los tramos ABC versus el 72,7% de los beneficiarios FONASA totales. Véase Cuadro 35.

²⁷ 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>

²⁸ Corresponde a 12 de 13 medicamentos cotejados.

por FOFAR para hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, estaban 100% disponibles. Por contraste, en la fiscalización realizada en 2014 la disponibilidad total se observó en 53,8% de los medicamentos cotejados, lo que significa que hubo un aumento de 38,5 puntos porcentuales entre 2014 y 2015²⁹. 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 funcionamiento³⁰. Además, la fiscalización de 2015 encontró que el 75,1% 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 febrero a julio de 2015, porcentaje que fue de 66,5% en 2014. Además, en 2014 la DM2 y la HTA estuvieron entre los cuatro problemas de salud con menor porcentaje de entrega completa, mientras que en 2015 no presentaron esta condición. Bajo el supuesto de que FOFAR mejoró la disponibilidad y con esto la oportunidad en la entrega, estos datos permiten 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.

La implementación de FOFAR requirió dos líneas de financiamiento. La primera, correspondiente a recursos para la provisión de las canastas de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, como también actividades destinadas al apoyo de la adherencia al tratamiento (mensajería y gestión de citas). La segunda, correspondiente a recursos para fortalecer la gestión farmacéutica de los Servicios de Salud y los establecimientos APS, con el objeto de asegurar una provisión oportuna, segura y de calidad. Cada una de estas líneas de financiamiento fue expresada en un componente del programa³¹.

La resolución que aprobó el programa para el año 2015 mantuvo la misma definición de propósito que la resolución de 2014, señalada anteriormente. No obstante, la resolución del año 2016 lo definió con mayor precisión, en los siguientes términos: “Asegurar a la población que se atiende en los establecimientos de Atención Primaria de Salud continuidad en sus tratamientos farmacológicos con prioridad en problemas de salud cardiovasculares (diabetes tipo 2, hipertensión arterial y colesterol alto), mejorando la adherencia a los tratamientos y compensación”³². Esta nueva formulación de propósito, que se mantuvo idéntica en las resoluciones de los años 2017 y 2018³³, no implicó redefinición del diseño del programa, sino más bien una precisión de su objetivo inmediato y actividades centrales que efectivamente se realizaban, como también la precisión de su población objetivo.

1.2. Definición de población potencial y objetivo

La población potencial corresponde a “Personas de 15 años que se atienden en el sistema público de salud y que tienen al menos uno de los siguientes problemas de salud: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia”. Esta definición ha sido elaborada por el panel en base a definiciones previas elaboradas por el programa. Incluye la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica el programa y que puede ser elegible para su atención.

La población objetivo corresponde a “Personas de 15 años y más que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular³⁴, que presentan al menos uno de los siguientes diagnósticos: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia”³⁵. Cabe señalar que el PSCV surgió en el año

²⁹ Superintendencia de Salud. Informe de Fiscalización N°76. Medicamentos e insumos garantizados en el sector público. Santiago, 15 de octubre de 2015 (pág. 47).

³⁰ 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).

³¹ Véase Anexo 3, Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.

³² Resolución Exenta N°1250. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 31 de diciembre de 2015 (pág. 3) y Resolución Exenta N°1250. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 31 de diciembre de 2015 (pág. 3).

³³ Véase Resolución Exenta N°1286. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 1 de diciembre de 2016 (pág. 8) y Resolución Exenta N°24. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 8 de enero de 2018 (pág. 3).

³⁴ Corresponde a la población que ha recibido al menos una atención de salud en este programa, en el año calendario respectivo.

³⁵ Esta definición fue elaborada por el programa durante esta evaluación, en conjunto con el panel.

2002, producto de una reorientación de los programas de hipertensión arterial y diabetes, cuyo cambio principal fue incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada³⁶. Es importante consignar que la diabetes mellitus tipo 2 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.

A juicio del panel, la definición de la población objetivo incluye a la totalidad de la población que el programa se ha propuesto atender, puesto que su intervención contempla la entrega de fármacos, dispositivos médicos para la curación de pie diabético y mensajería para aumentar la adherencia a los controles médicos y tratamiento, actividades que en conjunto son pertinentes para las personas con estos problemas de salud, ya sea que necesiten medicamentos, insumos médicos o sólo mensajería.

Respecto de la cuantificación de la población potencial y objetivo realizada por el programa, el panel considera que existe consistencia entre la definición nominal y la metodología utilizada en la estimación de ambas poblaciones. Por tanto, valida dicha metodología y la cuantificación resultante³⁷.

1.3. Problemas de salud atendidos por el programa

El programa atiende a personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y/o dislipidemia, que se definen como problemas de salud cardiovasculares. Esta definición es consistente con el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, que muestra mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles y un avanzado proceso de envejecimiento de la población. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la población del país³⁸. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2013 las enfermedades del sistema circulatorio³⁹ causaron el 27% de las defunciones de hombres, y el 29% de las producidas en mujeres⁴⁰. Por su parte, en cuanto a la carga de enfermedad⁴¹, el 84% de la carga del país estimada para el año 2004 se debe a las enfermedades no transmisibles, entre ellas las cardiovasculares, y el componente de discapacidad supera al de la mortalidad prematura. Las cardiovasculares se ubican en el tercer lugar, explicando el 12% del total de AVISA⁴² perdidos. Por su parte, la diabetes es responsable del 2% (Cuadro 13).

En la misma línea, las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) realizadas en 2003, 2009-2010 y 2016-2017 mostraron que los problemas de salud abordados por FOFAR tienen una alta prevalencia⁴³. La última medición revela que el 28% de la población tiene hipertensión, 28% tiene colesterol elevado y 12% tiene diabetes (Cuadro 14).

³⁶ MINSAL. "Implementación del enfoque de riesgo del Programa de Salud Cardiovascular". Ministerio de Salud, Santiago, s/f.

³⁷ Véase 2. Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo.

³⁸ MINSAL. "Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Ministerio de Salud, Santiago, 2011.

³⁹ EL INE utiliza la expresión "enfermedades del sistema circulatorio", que es la denominación utilizada en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). No obstante, por esto se entiende enfermedades cardiovasculares.

⁴⁰ Entre los hombres predominan, en 2003 y 2013, las muertes por enfermedades del sistema circulatorio (27%), seguido de las defunciones por tumores malignos (22% y 24%, respectivamente) y, en tercer lugar, aquellas por causas externas (13% y 11%, respectivamente). En conjunto, estas tres causas de muerte son responsables del 62% del total de defunciones, tanto en el año 2003 como en 2013. Entre las mujeres, las muertes por enfermedades del sistema circulatorio encabezan la lista con los mayores porcentajes (30% en 2003 y 29% en 2013). Le siguen las defunciones por tumores malignos (25%, en ambos años) y las muertes por enfermedades del sistema respiratorio (10% en 2003 y 11% en 2013). Estas tres causas de muerte dan cuenta del 65% del total de defunciones, prácticamente sin cambios en la década en estudio. Véase INE. "Mortalidad en Chile 2003 y 2013". Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago, 2015. Disponible en http://historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/mortalidad_2015.pdf.

⁴¹ La carga de enfermedad se refiere conjuntamente a la morbilidad y mortalidad. Su cuantificación permite estimar la pérdida de estado de salud por distintas patologías, lesiones y factores de riesgo. La metodología fue desarrollada por el Banco Mundial, la OMS y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en 1993.

⁴² AVISA (años de vida saludable, DALY por sus siglas en inglés) corresponde a una medida resumen de la morbilidad y mortalidad. Específicamente, combina los años de vida potenciales perdidos por mortalidad con los años perdidos por discapacidad, lo que permite dar cuenta de la carga de enfermedad de una población.

⁴³ La ENS de 2003 considera la población mayor de 17 años. Las ENS 2009-2010 y 2016-2017 consideran la población de 15 y más años.

Cuadro 13: Distribución de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) perdidos según grupos de causas en Chile, 2004 (porcentajes)

Causa	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Condiciones neuropsiquiátricas	23,2	20,4	25,9
Enfermedades digestivas	15,8	13,7	17,9
Enfermedades cardiovasculares	12,1	13,4	10,8
Lesiones no intencionales	7,7	10,6	5,3
Enfermedades musculoesqueléticas	7,7	9,1	6,5
Enfermedades órganos de los sentidos	6,4	6,6	6,3
Neoplasias malignas	5,9	5,7	6,1
Lesiones intencionales	3,8	4,6	3,0
Enfermedades respiratorias crónicas	2,9	3,4	2,0
Trastornos endocrinos y metabólicos	2,5	1,1	3,8
Perinatales	2,1	2,3	1,9
Enfermedades genitourinarias	2,1	1,4	2,5
Diabetes mellitus	2,0	2,0	2,0
Otras	5,8	5,7	6,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Salud. "Informe Final Estudio de Carga de enfermedad y carga atribuible". Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Santiago, 2008.

Cuadro 14: Prevalencia de diabetes, hipertensión y colesterol elevado en Chile 2003, 2009-2010 y 2016-2017 (porcentaje)

Factor de riesgo	ENS 2003	ENS 2009-2010	ENS 2016-2017
Diabetes Mellitus tipo 2	6,3	9,4	12,3
Hipertensión Arterial	33,7	26,5	27,6 ^(*)
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	35,4	38,5	27,8

(*) 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 y Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados. Santiago, noviembre de 2017.

En cuanto a la distribución por sexo, la diabetes mellitus 2 es mayor en las mujeres respecto de los hombres (14,0% versus 10,6% en 2016-2017, respectivamente) y ha mostrado un aumento en cada medición. En el caso de la hipertensión arterial las prevalencias por sexo son similares (28% en ambos sexos), mientras que el colesterol elevado es mayor en las mujeres (29,4% versus 26,1% en hombres) (Cuadro 15).

Cuadro 15: 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	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Diabetes Mellitus tipo 2	4,8	3,8	8,3	9,7	10,6	14,0
Hipertensión Arterial	36,7	30,8	28,1	25,0	27,5	27,7
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	35,1	35,6	39,0	38,1	26,1	29,4

Fuente: 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 última ENS, la diabetes mellitus 2 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 hipertensión la prevalencia es más elevada, llegando a 45% y 73% en cada grupo, respectivamente. En el caso del colesterol elevado, 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 el colesterol elevado (21,7%), seguido de hipertensión (10,6%) y diabetes (6,3%). La diabetes también tiene una prevalencia importante en la población de 20 a 24 años, que llega a 9,6% (Cuadro 16).

Cuadro 16: Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y colesterol elevado según grupo de edad en Chile, 2009-2010 y 2016-2017 (porcentajes)

Problema de salud	2009-2010				2016-2017			
	15 - 24	25 - 44	45 -64	65 y más	15 - 24	25 - 44	45 -64	65 y más
Diabetes Mellitus tipo 2	0,4	3,8	15,7	25,7	1,8	6,3	18,3	30,6
Hipertensión Arterial	2,2	12,9	43,2	74,7	0,7	10,6	45,1	73,3
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	13,2	37,2	58,9	41,6	9,6 ^(*)	21,7	40,1	29,2

(*) 20 a 24 años

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

Coincidente con la gradiente socioeconómica de los factores de riesgo y problemas de salud en la población chilena⁴⁴, las prevalencias son mayores en el estrato educacional más bajo, tal como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 17: Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y colesterol elevado según nivel educacional en Chile, 2009-2010 y 2016-2017 (porcentajes)

Problema de salud	2009-2010			2016-2017		
	< 8 años	8 - 12 años	> 12 años	< 8 años	8 - 12 años	> 12 años
Diabetes Mellitus tipo 2	19,6	6,8	6,3	25,3	11,2	7,7
Hipertensión Arterial	51,1	23,0	16,0	57,0	25,0	15,0
Colesterol total elevado (>200 mg/dl)	43,6	39,3	33,8	n/d	n/d	n/d

n/d= dato no disponible, debido a que la segunda entrega de resultados de la ENS 2016-2017(enero 2018) no entregó los resultados según nivel educacional para el colesterol total elevado.

Fuente: MINSAL. Encuesta Nacional de Salud (2016-2017) Primeros resultados. Noviembre de 2017.

Es importante mencionar que la diabetes mellitus tipo 2, aunque tiene una prevalencia menor que la hipertensión y la dislipidemia, ha mostrado un aumento constante en el país. La tasa de mortalidad por diabetes aumentó en un 17% entre 1999 y 2007⁴⁵. La prevalencia en la población de ambos sexos ha aumentado en los últimos años (cuadros 14 y 15) y a nivel individual el riesgo aumenta con la edad (Cuadro 16). También existe una gradiente socioeconómica: la prevalencia en las personas que tienen más de 12 años de estudio es de 7,7%, mientras que en las que tienen menos de 8 años es de 25,3% (Cuadro 17). Según la evidencia disponible⁴⁶, la diabetes tiene graves consecuencias para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal terminal, retinopatía diabética y neuropatía diabética, además de pie diabético. La principal causa de muerte en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular. Las personas adultas con diabetes tienen un riesgo entre 2 a 4 veces mayor que los adultos no diabéticos de presentar

⁴⁴ MINSAL/PUC/UAH. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, 2011.

⁴⁵ Ministerio de Salud. "Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Santiago, 2011.

⁴⁶ Ministerio de Salud. "Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020". Santiago, 2011.

un evento cardiovascular⁴⁷. Además, de acuerdo a la OECD, Chile tiene una de las tasas de admisión hospitalaria evitable por diabetes más altas, lo que “resalta la necesidad de fortalecer la atención primaria de alta calidad”⁴⁸. Todas estas razones justifican la inclusión de la diabetes en el PSCV y, por tanto, en FOFAR.

En síntesis, los problemas de salud atendidos por FOFAR corresponden a problemas que tienen una prevalencia significativa de la población chilena y corresponden a las principales causas de morbilidad y mortalidad. Se trata de enfermedades crónicas que requieren tratamiento permanente o de manera prolongada, para controlar sus efectos y progresión. Por ello, justifican una intervención global, tanto a nivel de prevención como de atención, siendo esta última dimensión abordada por el programa evaluado, mediante el aseguramiento del acceso a los medicamentos indicados para tratar estos problemas de salud.

1.4. El acceso a los medicamentos como herramienta de salud pública

El acceso a medicamentos de calidad, y su utilización adecuada, constituye una de las herramientas fundamentales para resolver los problemas de salud de la población y disminuir la mortalidad prematura. No obstante, según la Organización Mundial de la Salud⁴⁹ (OMS), la falta de acceso a los medicamentos esenciales⁵⁰ continúa siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial. Se calcula que, considerando los sistemas de salud públicos y privados, cerca de dos tercios de la población mundial tiene acceso a los medicamentos que necesitan, mientras que el tercio restante (casi 2 mil millones de personas) carece de acceso regular. Según la OMS⁵¹, el uso racional de medicamentos se da cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad.

La resolución que aprueba el FOFAR para 2018, como también las correspondientes al período evaluado (2014-2017), señalan que el acceso a medicamentos constituye “un bien esencial para el desarrollo de los países”, aseveración que no es documentada con fuentes. Cabe citar, por ejemplo, que el Índice de Desarrollo Humano incorpora como indicador de salud la variable esperanza de vida, la cual depende, entre otros factores, del acceso que tenga la población a medicamentos⁵². Por otro lado, en la resolución también se indica que el uso de medicamentos permite generar beneficios sanitarios dados por la “prevención, diagnóstico, curación, atenuación y tratamiento de las enfermedades y sus síntomas”, lo que es consistente con las recomendaciones de la OMS, ya señaladas.

La existencia de problemas en el acceso a los medicamentos es reconocida transversalmente en Chile. El 15% de la dispensación de medicamentos en el país se realiza mediante las farmacias hospitalarias y el 85% restante mediante farmacia privada⁵³, la cual opera bajo un modelo de libre competencia que no

⁴⁷ National Institute of Diabetes & Digestive & Kidney Diseases. National Diabetes Information Clearinghouse (NDIC). National Diabetes Statistics 2011. Disponible en: <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/statistics/#Complications>. Citado en Ministerio de Salud. “Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020”. Santiago, 2011 (pág. 59).

⁴⁸ OECD. Health at a Glance 2015 ¿Cómo compara Chile? Disponible en <https://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE-In-Spanish.pdf>

⁴⁹ OMS. “Estrategia farmacéutica de la OMS. Lo esencial son los países 2004-2007”. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 2004.

⁵⁰ “Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades asistenciales prioritarias de la población. Se seleccionan prestando la debida atención a su importancia para la salud pública, a las pruebas sobre su seguridad y eficacia, y a su rentabilidad comparativa”. OMS. Perspectivas políticas de la OMS sobre los medicamentos. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 2004. (pág. 1).

⁵¹ OMS. “Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales”. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No. 05, septiembre de 2002 <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4874s/1.html>

⁵² Palacios A. Informe de Desarrollo Humano 2013: Análisis internacional de los indicadores del progreso humano. Economía Informa, N°382. Septiembre-Octubre 2013. Pages 36-54. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185084913713343?via%3Dihub>

⁵³ Vasallo C. El Mercado de Medicamentos en Chile: Caracterización y Recomendaciones para la Regulación Económica. Santiago de Chile; 2010 p. 29. El documento no especifica si esta cifra se refiere a farmacias hospitalarias (que están dentro de

restringe los monopolios comerciales ni la libertad de precios de venta al público⁵⁴. La manifestación más reciente de la existencia de problemas en el acceso a medicamentos en las farmacias privadas es la instalación de diversos programas a nivel municipal (farmacias comunales, comunitarias u otras) para ofrecer medicamentos a bajo costo, inspirados en la Farmacia Popular implementada en la Comuna de Recoleta en 2015.

Como ocurre en todos los ámbitos, los problemas de acceso a los medicamentos afectan en mayor medida a los sectores de menores ingresos de la población. Un estudio encargado por el Ministerio de Salud en 2011 encontró que el 45% del total de los encuestados había dejado de comprar sus medicamentos por falta de dinero para hacerlo⁵⁵. Otro estudio realizado por la Universidad San Sebastián en 2017 encontró un porcentaje menor, aunque importante: 30% de los encuestados señaló que él mismo o un familiar había suspendido un tratamiento porque no podía pagarlo. En términos de gastos, el 55% señaló gastar menos de \$50.000 al mes en medicamentos, mientras que el 20% indicó una cantidad mayor⁵⁶.

La existencia de problemas en el acceso a medicamentos también ha sido reconocida por el actual gobierno, lo que puede observarse en las indicaciones presentadas a la Ley de Fármacos 2⁵⁷, iniciativa de un grupo de parlamentarios DC, PPD y RN. Lo mismo se observa en reciente el lanzamiento del sitio web “Tu Farmacia” del MINSAL, que entrega información sobre los precios de los medicamentos en las tres cadenas principales de farmacia del país⁵⁸

Es importante considerar que los problemas de acceso a los medicamentos en el sector privado no justifican directamente la creación de FOFAR. Como se señaló, con anterioridad a FOFAR la APS entregaba medicamentos gratuitos para los problemas de salud que aborda el programa, bajo el modelo de financiamiento per-cápita⁵⁹. Además, dos de esos problemas (hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2) tenían los medicamentos garantizados mediante el GES. El problema detectado fue la disponibilidad de esos medicamentos y/o su entrega oportuna. No obstante, es importante consignar los antecedentes relativos al acceso a los medicamentos en el sector privado por las siguientes razones: a) dan cuenta de la existencia de un problema generalizado en el acceso a medicamentos que justifica la intervención del Estado en esta materia, en distintos ámbitos, tal como efectivamente ha ocurrido; b) En ausencia de FOFAR o de otro mecanismo de provisión pública de medicamentos, los beneficiarios se verían obligados a comprar sus medicamentos en el mercado. Dado que la población objetivo corresponde a sectores vulnerables y medios, los problemas de acceso serían mayores. De hecho, en la resolución que creó el programa como en las posteriores, se enfatiza que Chile es uno de los países con el mayor gasto de bolsillo de los países de la OECD y que los medicamentos son el mayor componente de ese gasto, como también que el alto gasto afecta en mayor medida a los sectores de los menores quintiles de ingreso⁶⁰; c) Los beneficiarios son personas con problemas de salud crónicos que requieren

los hospitales) o incluye también a las farmacias asistenciales, término que es más amplio e incluye las farmacias al interior de establecimientos asistenciales.

⁵⁴ Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile. Política de Medicamentos para Chile: Avanzando hacia la inclusión de los Medicamentos y Dispositivos Médicos en un Modelo Integral de Atención de Salud. Recomendaciones en Acceso, Calidad y Uso Racional para el Fortalecimiento del Sistema de Salud Chileno. Julio 2014.

⁵⁵ Encuesta Uso Racional del Medicamento encargado por el MINSAL a ICCOM. Citada en Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile. Política de Medicamentos para Chile: Avanzando hacia la inclusión de los Medicamentos y Dispositivos Médicos en un Modelo Integral de Atención de Salud. Recomendaciones en Acceso, Calidad y Uso Racional para el Fortalecimiento del Sistema de Salud Chileno. Julio 2014. (página 45)

⁵⁶ Universidad San Sebastián. Encuesta de Consumo de Medicamentos. Noviembre de 2017. Disponible en: http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20171129/asocfile/20171129133304/encuesta_salud_11_2017_prensa_.pdf

⁵⁷ Véase: <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2018/05/07/ley-de-farmacos-ii-pinera-anuncia-indicaciones-y-propone-venta-de-remedios-en-supermercados.shtml>

⁵⁸ Véase <https://www.tufarmacia.gob.cl/>

⁵⁹ Una descripción del sistema puede obtenerse desde el documento “Financiamiento de APS, base del logro sanitario”, Serie de cuadernos de redes N° 29, Subsecretaría de redes asistenciales, MINSAL, páginas 19-20. Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/29.pdf>

⁶⁰ Véase Resolución Exenta N°535. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 28 de abril de 2014 (pág. 3) y resoluciones correspondientes a 2015, 2016, 2017 y 2018.

tratamientos permanentes o de largo plazo, para controlar su problema de salud, de modo de no presentar complicaciones mayores (complicaciones graves de la diabetes, accidentes vasculares, cerebrovasculares y mortalidad prematura por estas causas); si no existiera FOFAR el riesgo de que suspendieran sus tratamientos por problemas de acceso es considerable, lo que implica mayores complicaciones de salud que significan mayores costos de atención de salud para el sistema público. A esto se suman los mayores costos de las familias y la sociedad, producto de un aumento de la morbilidad, mortalidad prematura, mayor gasto de bolsillo en salud, y una disminución de los ingresos por el retiro de la actividad económica de las personas afectadas, como también de los cuidadores (en la mayoría de los casos una mujer del grupo familiar), entre otros.

Si bien asegurar el acceso a medicamentos es una herramienta indispensable en salud pública, no es suficiente. Es necesario asegurar que las personas no solo reciban su tratamiento, sino que lo tomen de manera adecuada para asegurar su efectividad. Esto se entiende bajo la noción de adherencia a los tratamientos, cuestión que FOFAR incorpora en su diseño desde su inicio.

1.5. La importancia de la adherencia al tratamiento

El concepto de adherencia terapéutica abarca diversos comportamientos relacionados con la salud, que sobrepasan el hecho de tomar los medicamentos prescritos. Una comisión de expertos convocada por la OMS definió el concepto de “adherencia al tratamiento prolongado”, es decir, aquel que deben tener los beneficiarios de FOFAR, como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”⁶¹. Según la OMS⁶², la necesidad de adherencia en salud pública es prioritaria. En la situación opuesta, las consecuencias incluyen fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios. Al respecto, en la resolución que creó el FOFAR se afirma, citando estudios realizados en el Reino Unido⁶³, que patologías como la diabetes y enfermedades cardíacas con falta de adherencia, tienen tasas de mortalidad más altas que los pacientes que siguen sus tratamientos debidamente (12,1% versus 6,7%); además, las tasas de hospitalización son significativamente más altas en pacientes con baja adherencia: 13% versus 30% en el caso de pacientes con diabetes, y 19% versus 28% en pacientes con hipertensión⁶⁴. En términos de aumento de costos sanitarios por baja adherencia, según un estudio de Kanavos, Van den Aardweg and Schurer⁶⁵, el costo de prescribir medicamentos para pacientes diabéticos con complicaciones en el Reino Unido -explicado por no adherirse a tratamientos sistemáticos- es equivalente a 3 o 4 veces del gasto de prescribir los medicamentos a los diabéticos sin complicaciones.

1.6. Aproximación teórica desde la Economía Pública: ¿Por qué los Estados deben financiar el gasto en medicamentos de las personas?

Existen diferentes aproximaciones desde el campo de la economía pública⁶⁶, que justifican subsidiar los gastos en salud por parte del Estado, y en particular, aquellos asociados a medicamentos. Los argumentos se agrupan en dos grandes campos: asignación de recursos (teoría microeconómica) y aspectos distributivos (o de equidad social).

⁶¹ Véase OMS. “Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la acción”. Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, Washington D.C., 2004 (pág. 3)

⁶² Organización Mundial de la Salud. “Conferencia de Nairobi, noviembre 1985”. En esta conferencia expertos recomendaron una política nacional de medicamentos en el marco de esta organización de salud. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21146en/>

⁶³ Thinking outside the pillbox. A system-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. New England Health Care Institute, 2009.

⁶⁴ Resolución Exenta N°535. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 28 de abril de 2014 (pág. 3). Las mismas afirmaciones, basadas en los mismos estudios, se incluyen en las resoluciones que aprueban el programa para 2015, 2016, 2017 y 2018.

⁶⁵ Kanavos, van den Aardweg and Schurer. “Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries”. LSE Health, London School of Economics, Londres, 2012. Disponible en <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/research/LSEHealth/MTRG/LSEDiabetesReport26Jan2012.pdf>

⁶⁶ Atkinson, A.B. y J. Stiglitz. Lectures in Public Economics. Princeton University Press. New Jersey, 2015.

Asignación de recursos

De acuerdo con la teoría económica, existen distintas fallas en los mercados que justifican la intervención estatal con objeto de mejorar el bienestar de la población. En el mercado de los medicamentos, las fallas se dan en dos ámbitos:

a) Mercados con pocos proveedores (o altamente concentrados): bajo esta falla, los consumidores quedan altamente vulnerables a conductas abusivas por parte de las empresas –en este caso farmacias y/o laboratorios farmacéuticos- tales como sobrepuestos, conductas colusivas, inducción de marcas por parte de los vendedores⁶⁷ o incumplimiento de normas establecidas por la autoridad reguladora⁶⁸, entre otras.

¿Cómo afecta esa realidad del mercado local las decisiones de los beneficiarios de APS que acceden al FOFAR? Consideremos una aplicación del modelo teórico de Hotelling⁶⁹ en que las decisiones de compra de un paciente-consumidor están basadas en el precio monetario y el costo de traslado (o costos de transporte) hacia el lugar de dispensación de productos farmacéuticos. Bajo ese esquema es posible tener enfermos crónicos que pueden demandar una consulta médica en el establecimiento APS, que tiene como resultado la prescripción de medicamentos. Como consecuencia, un paciente (consumidor) puede obtener la dispensación gratuitamente desde el programa FOFAR, o alternativamente puede comprarlo directamente en el mercado privado. Según el modelo, quienes usarán el mercado serán aquellos que expresan una valoración superior por el tiempo por sobre el ahorro monetario que significa retirarlos desde las farmacias APS a “costo cero”⁷⁰, lo que teóricamente es probable que se de en los beneficiarios FONASA de mayores ingresos (tramo D).

Por ejemplo, en el caso de la metformina –utilizado comúnmente para el tratamiento y prevención de la diabetes tipo 2-, instituciones como la Asociación de Diabéticos de Chile (ADICH⁷¹) cobran precios equivalentes al 50% del precio de mercado observado en grandes cadenas de farmacias (puede variar entre \$2.500 y \$5.000 la caja de 30 comprimidos recubiertos de 850 mg), por lo que en este segmento es altamente probable encontrar pacientes que prefieran sustituir la dispensación pública por provisión privada, para no incurrir en los costos de traslado de recogerlos en los APS (costos de traslado equivalente a 2 pasajes de transporte público por \$1.500). De este modo, la dispensación en el mercado privado es un sustituto de la provisión financiada con FOFAR.

En otro orden, el abuso en la industria farmacéutica chilena se ha manifestado en sanciones del Tribunal de Defensa de la Libre Competencia (TDLC, 2008)⁷² a las 3 grandes distribuidoras minoristas y en varios expedientes abiertos en contra de laboratorios farmacéuticos. Por ejemplo, el requerimiento presentado en agosto del 2016 contra Biosano, Kabi-Chile y Sanderson, únicos fabricantes de ampollas en el país, quienes fueron acusadas por la Fiscalía Nacional Económica de mantener un cartel por 10 años⁷³.

En este sentido, de acuerdo con Valdés⁷⁴, aun cuando intuitivamente se podría afirmar que existe competencia en la distribución minorista de medicamentos, dado que existen más de mil farmacias en el

⁶⁷ La ley de fármacos 2 apunta a la regulación de esta forma abusiva de ventas o dispensación realizada actualmente en las grandes cadenas de farmacias. Ver más detalles en <http://www.cifchile.cl/ley-de-farmacos/>

⁶⁸ A manera de referencia, la Ley 20.422, promulgada el 2011, obliga a los laboratorios farmacéuticos a rotular medicamentos y alimentos que impactan la salud –suplementos alimenticios-. Según la Asociación de Consumidores Nuestro Tiempo y ODECU, sólo 3 de los 150 laboratorios presentes en Chile cumplen esa norma.

⁶⁹ Ver Coloma G. “Economía de la Organización Industrial”, Madrid, 2005 capítulo 4, páginas 75-80.

⁷⁰ De hecho, según comenta la encargada del programa es posible identificar pacientes (usualmente trabajadores) que dadas sus obligaciones laborales y los horarios de atención restringidos de las farmacias APS, no retiran sus fármacos y por tanto, no adhieren al programa en la dimensión que la utilización oportuna y segura de los medicamentos requiere, por lo que ese grupo podría enfrentarse a la decisión de pagar privadamente por ellos o alternativamente romper los tratamientos.

⁷¹ Ver <https://www.adich.cl/new/farmacia/>

⁷² Farmacias Cruz Verde y Salco Brand pagaron multas equivalentes a 20 mil UTA (US\$20 millones), mientras FASA quedó fuera de la condena por haberse acogido al mecanismo de delación compensada.

⁷³ Disponible en <http://www.emol.com/noticias/Economia/2017/12/28/889109/El-cartel-de-los-laboratorios-Desde-la-colusion-hasta-la-querrela-por-estafa-contra-el-Estado.html>

⁷⁴ Valdés I. Políticas de Competencia en América Latina y el Caribe. CEPAL, Serie Comercio Internacional N°51 Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4393/S058565_es.pdf;jsessionid=133582B42EC13103F492515AD8B133BF?sequence=1

país, el hecho que el mercado esté dominado por 3 grandes cadenas (Ahumada, Cruz Verde y Salcobrand, que concentran 90% de las ventas), lo hace sensible a conductas abusivas, tal como lo muestra el cartel sancionado por el Tribunal de la Libre Competencia en enero del 2012⁷⁵.

Por otro lado, el argumento de concentración de los mercados es válido para justificar programas como el FOFAR debido a que, según la OECD, el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del total de gasto familiar en 2017 alcanzó a 4,1% en contraste con el 3,0% del promedio de esa organización, lo que ubica a Chile como el quinto país con el mayor gasto de bolsillo de los países OECD⁷⁶. Como se señaló, los medicamentos constituyen el principal componente de ese gasto. Según la misma fuente, en 2013 el gasto en salud per cápita en Chile alcanzó a US\$1.606, mientras en la OECD el promedio alcanzó a US\$3.453, un 115% más alto⁷⁷. Lo anterior se explicaría, entre otras razones, por el bajo gasto público en salud en Chile respecto a la OECD, pese a que, desde el 2009, el ritmo de crecimiento ha sido superior al del promedio de la organización. Aunque el gasto de bolsillo ha disminuido desde ese año, sigue siendo un tercio del gasto total en salud, lo que ubica a Chile como el tercer más alto entre los países de la OECD⁷⁸.

La forma como se establecen los precios internos de los medicamentos es otro determinante que explica el alto gasto per cápita en el país, dada la alta concentración de este mercado. A manera de referencia, medicamentos como la metformina se vende en Chile a precios casi 100% superiores a aquellos observados en países como Argentina y Perú.

b) Enfoque de externalidades: A partir del programa se generan beneficios adicionales a aquellos directamente buscados. En efecto, se han identificado 5 externalidades pecuniarias, a saber:

b.1 Externalidad en la gestión integral de las farmacias de los establecimientos APS: al asignar recursos para la contratación de personal (QT y TENS) y equipamiento para las bodegas (expansión de la infraestructura y refrigeradores clínicos), no sólo se beneficia la gestión de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas considerados en el programa, sino también beneficia la gestión del resto de los medicamentos e insumos médicos que se administran en las farmacias. De acuerdo a lo comentado por el programa, esto es válido ya que la gestión de las farmacias se ha profesionalizado a partir de la provisión de recursos para la contratación de profesionales y la incorporación de equipamiento para resguardar la seguridad de los productos farmacéuticos. Todo esto fue observado y validado por el panel en su visita a terreno al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, incluyendo un consultorio urbano y una posta rural de su dependencia⁷⁹.

b.2 Externalidad positiva generada a partir de la ampliación del horario de dispensación en las farmacias de los establecimientos de APS. En efecto, hoy las farmacias atienden en horario hábil completo, lo que beneficia no sólo a los beneficiarios FOFAR, sino también al resto de los beneficiarios del sistema APS. La expansión del horario hasta las 19:00 o 20:00 horas⁸⁰, ha permitido la dispensación a pacientes que no podían asistir a los establecimientos por problemas laborales. Según el programa, esto explicaría el aumento en la dispensación de recetas a hombres en mayor magnitud respecto a mujeres⁸¹.

b.3. Externalidad positiva al permitir comprar medicamentos a laboratorios privados a una escala superior por parte, principalmente, de los Servicios de Salud debido a la cantidad cierta de recursos destinados a

⁷⁵ Ver sentencia 119/2012. Disponible en http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/01/Sentencia_119_2012.pdf

⁷⁶ OECD. Health at a glance 2017. OECD Indicators. (pág. 93) Disponible en:

<https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HealthataGlance2017.pdf>

⁷⁷ Ver documento Health at a glance (OECD, 2015), disponible en <https://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE-In-Spanish.pdf>

⁷⁸ Ver documento Health at a glance (OECD, 2015), disponible en <https://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE-In-Spanish.pdf> (pág. 51)

⁷⁹ Visita a terreno realizada el 9 de marzo de 2018.

⁸⁰ Existe evidencia medible en varios servicios de salud. Ver por ejemplo lo que sucede en Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota en <http://www.ssvq.cl/ssvq/noticias/llegada-de-especialistas-ampliacion-de-horario-de-laboratorio-y>

⁸¹ Reunión sostenida el 10 de mayo de 2018.

una canasta predeterminada de medicamentos⁸². Complementariamente, se incentiva la entrada de nuevos oferentes a las licitaciones vía mercado público. Nótese que bajo el sistema de financiamiento per cápita los establecimientos APS reciben financiamiento para cubrir los gastos de todos los productos farmacéuticos. En cambio, FOFAR da certeza de fondos periódicos para asignarlos sólo a su canasta.

b.4. Externalidad positiva generada por la disponibilidad de horas médicas para pacientes distintos a los considerados por FOFAR, y que se obtienen a través de cancelaciones de las consultas médicas sujetas a confirmación previa telefónica o mediante mensajes de texto (gestión de citas)⁸³. Esta externalidad es válida para los establecimientos que tienen implementado el sistema de mensajería. De acuerdo al programa, este sistema funciona en 23 de los 29 Servicios de Salud y en el 14,4% de los establecimientos APS, principalmente aquellos de mayor tamaño ubicados en centros urbanos. En contraste, en postas rurales esa condición no es habitual.

b.5. Externalidad positiva generada por una respuesta activa de las autoridades comunales a entregar recursos frescos adicionales para modernizar la gestión de las farmacias de establecimientos de APS. Un buen ejemplo que el panel visitó se da en el Consultorio Alejandro del Río de Puente Alto, en que la municipalidad ha asignado recursos para informatizar la gestión de su farmacia⁸⁴. Según el programa, esa situación se repite en otras comunas. Como ejemplo, se indica que el Servicio de Salud del Maule, ha asignado recursos incluso para la construcción de sistemas de información que permitan gestionar los recursos en todos sus consultorios APS.

Aspectos distributivos (o de equidad social)

Al considerar este segundo campo de la Economía Pública, los efectos distributivos se manifiestan a través de la intervención del Estado en orden de satisfacer un cierto nivel de consumo o provisión de bienes a individuos que son excluidos de la asignación de recursos vía mercado⁸⁵, es decir, que no pueden satisfacer un piso básico de sus necesidades con los ingresos que reciben. Ciertamente, la definición de un piso básico implica cierta subjetividad asociada a la dimensión de las necesidades requeridas, o a que se entiende por una canasta mínima de consumo. No obstante, en el caso de FOFAR este mínimo está definido en 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.

1.7. Síntesis de los argumentos de salud pública y análisis económico que justifican el programa

Considerando lo señalado en este apartado, el panel justifica la existencia de FOFAR, principalmente por las siguientes razones:

- FOFAR surge para suplir la disponibilidad o falta de entrega oportuna de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos para pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y colesterol elevado en los establecimientos APS. Constituye una medida presidencial que se tomó sin contar con un diagnóstico que diera cuenta acabada del problema. No obstante, este problema habría sido detectado por los equipos APS y actores claves del sector. Se da en un contexto en que existen graves problemas en el acceso a medicamentos en el sector privado, reconocidos transversalmente. En ausencia de FOFAR, 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 en sus

⁸² En general, la primera fuente de provisión para los Servicios de salud y establecimientos públicos corresponde a CENABAST, servicio de abastecimiento dependiente del MINSAL. Para tener un detalle de los alcances de dichas compras ver documento "Orientación Técnica. Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria 2018". ítem VII. Recomendaciones para comprar medicamentos e insumos médicos de manera eficiente. Páginas 32 y 33.

⁸³ Un análisis de esta externalidad se encuentra en Rodríguez J., 2017. Uso de mensajes de texto en Atención Primaria: El caso de Chile. Tesis de Pregrado. Universidad Católica de Chile. 2017.

⁸⁴ Información obtenida por el panel durante la visita a terreno realizada el 9 de marzo de 2018.

⁸⁵ El mercado asigna recursos vía el establecimiento de precios, en otras palabras, si una persona no tiene suficientes ingresos para pagar por un bien, queda excluido del mercado y como consecuencia, si ese bien es esencial para el individuo –como servicios de salud- el Estado se lo debe proveer.

tratamientos tendrían que recurrir al sector privado, enfrentando altos costos que podrían ser cubiertos solo por una fracción de los beneficiarios.

- Los problemas de salud considerados en el programa (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y colesterol elevado, entendidos como problemas de salud cardiovascular) se corresponden con el perfil epidemiológico y demográfico de la población chilena, caracterizada por un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles y un progresivo envejecimiento. Las enfermedades cardiovasculares constituyen las principales causas de mortalidad, tienen una alta morbilidad y alta prevalencia en la población, tanto en hombres como en mujeres. La prevalencia de las 3 patologías es mayor a partir de los 45 años, pero también es importante en las personas de menor edad, especialmente la diabetes mellitus tipo 2.
- Las personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 requieren tratamiento farmacológico de largo plazo o permanente, como también cerca de 80% de las personas que tienen dislipidemia⁸⁶. Los medicamentos permiten tratar y atenuar las enfermedades y sus síntomas, evitando complicaciones de morbilidad y mortalidad prematura por ausencia de tratamiento.
- El acceso a medicamentos es condición necesaria pero no suficiente para el tratamiento de las enfermedades. También es necesario apoyar la adherencia al tratamiento farmacológico, para asegurar su efectividad. El programa ha incorporado actividades para apoyo a la adherencia, con lo que se busca evitar fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y consecuentes aumentos de los costos sanitarios.
- El programa ha asignado recursos para fortalecer el recurso humano y el equipamiento existente en las farmacias APS y Servicios de Salud, para la entrega de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos para la curación avanzada de pie diabético y el apoyo a la adherencia. Asimismo, ha considerado la ampliación del horario de atención al público en concordancia con la ampliación del horario de los establecimientos APS, lo que suaviza las barreras a la entrada a pacientes crónicos que no podían asistir a requerir los medicamentos considerados en sus recetas, debido a que el horario de las farmacias coincidía con el horario de su jornada de trabajo. Esto muestra una mirada integral sobre cómo hacer eficaz la operación del programa.
- Por último, desde la economía pública se justifica la intervención del Estado para subsidiar los gastos en medicamentos 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 Servicios de Salud, 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), los efectos distributivos se manifiestan a través de la intervención del Estado 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 se define en los medicamentos, dispositivos e insumos definidos para cada problema de salud abordado por el

⁸⁶ Estimación del programa informada al panel en reunión sostenida el 23 de enero de 2018.

programa, y se entrega a la población de menores ingresos, como son los beneficiarios del sistema público de salud.

DESEMPEÑO DEL PROGRAMA

2. EFICACIA Y CALIDAD

2.1. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin)

A continuación, se presenta el análisis del cumplimiento de objetivos de propósito y fin. Este análisis se basa en la evaluación de las variables que contribuyen al logro de estos objetivos, la cual se desarrolla in extenso a continuación, en las secciones 2.2, 2.3 y 2.4 de este capítulo.

El propósito del programa se ha definido como:

“Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS⁸⁷ con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, el acceso oportuno y seguro a los medicamentos⁸⁸, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas, incorporando actividades de información y/o comunicación para apoyar la adherencia al tratamiento”⁸⁹.

El análisis de cumplimiento del propósito se realiza en base a los indicadores disponibles. El primer indicador dice relación la cobertura de beneficiarios respecto a la población objetivo y fue elaborado por el panel en base a información aportada por el programa. Los beneficiarios de este programa se definen como aquellas personas que están en control en el PSCV y que han despachado al menos una receta en el año calendario.

La cobertura del programa alcanza al 96,3% en el año 2017 y muestra una evolución positiva ya que aumenta desde el 83% en 2014 (Cuadro 30). Se evalúa que 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.

El segundo indicador se refiere a la medición de la calidad, en sus atributos de oportunidad y completitud con que se entregan los medicamentos e insumos, lo que se denomina “recetas cumplidas”. Éstas son aquellas que se han despachado en forma completa al beneficiario, en el momento en que la solicita, indicador que muestra un resultado de 99,2% de recetas cumplidas en el año 2017, lo que se evalúa adecuado, porque da cuenta en forma satisfactoria al cumplimiento del propósito. (Cuadro 18).

Complementariamente al anterior, un tercer indicador que también da cuenta de la calidad en la entrega de medicamentos e insumos se refiere a la medición de la cantidad de reclamos que ha recibido el programa. Éste se considera un indicador proxy del nivel de calidad⁹⁰ bajo la hipótesis que las personas que reclaman están insatisfechas por no recibir la provisión de medicamentos e insumos en forma completa, al momento de requerirlos. De hecho, en el caso de no dispensación oportuna, el programa considera su entrega dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la fecha en que no se pudo satisfacer el requerimiento⁹¹.

De la misma manera, los reclamos pueden también ser considerados como un indicador para medir completitud en la dispensación de la receta, tal como se muestra en el Cuadro 18, donde se destaca que después del año de iniciación e instalación del programa (2014), en los años siguientes se ha logrado un

⁸⁷ 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, exámenes, insumos y medicamentos entregadas en el nivel primario son gratuitas para todos los tramos FONASA (A, B, C y D).

⁸⁸ 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).

⁸⁹ Esta definición ha sido elaborada por el panel.

⁹⁰ De acuerdo a la metodología que rige estos estudios, un medidor de calidad es el grado de satisfacción de los beneficiarios, específicamente la oportunidad de producción y entrega de los productos considerados en los programas.

⁹¹ Cabe precisar que también los beneficiarios usan este mecanismo de reclamos por no dispensación, para reclamar por otros asuntos no atinentes al programa, los que una vez que ellos son identificados por los establecimientos APS y Servicios de Salud, se declaran como cierres administrativos. Ver sección 2.4 para información detallada de cómo opera este procedimiento.

nivel de entrega de recetas superior al 99%, lo que es consistente con la lógica del programa, ya que a medida que transcurre el tiempo se generan economías de experiencia en el manejo del stock crítico por parte de los establecimientos APS y los Servicios de Salud, lo que permite satisfacer permanentemente a todos quienes solicitan sus medicamentos e insumos.

Debido a las cifras marginales de reclamos respecto al total de recetas solicitadas y recetas no cumplidas que dificultan la lectura de los datos y su posterior análisis, se optó por parametrizar los números respecto a 10 mil recetas incumplidas. Como resultado, se obtuvo un promedio ponderado de 15 cada 10.000 recetas no cumplidas en el período 2014-2017, con un piso de 9 el 2014 y 41 el 2016, donde se pasó de 8 millones de recetas cursadas a casi 18 millones. Por lo tanto, este indicador muestra un nivel de insatisfacción casi nulo, lo que demuestra que tanto en su diseño como en su operación funciona exitosamente, lo que se evalúa adecuado.

El último atributo considerado en el propósito es la adherencia de los beneficiarios al tratamiento, para lo cual el programa ejecuta acciones de gestión de citas y servicio de mensajería (consejos de hábitos saludables y recordatorio para el retiro de medicamentos⁹²). El resultado de estas acciones, cuyo análisis se desarrolla en la sección siguiente, señala que el programa tiene una contribución marginal al logro de la adherencia a tratamientos. La información disponible 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 recordatorio (Cuadro 20). Adicionalmente, el panel considera que el porcentaje de establecimientos APS que cuentan con el sistema de gestión de citas (14,4%, Cuadro 19) es reducido, 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. Por último, cabe señalar que el programa sólo entregó información sobre gestión de citas correspondiente a dos de los cuatro años evaluados, y no entregó información relativa a la mensajería sobre estilos de vida saludable y recordatorios para el retiro de medicamentos, por lo que esta dimensión de las actividades destinadas al logro de la adherencia, al no contar con su medición, no pudo ser evaluada.

Con respecto a los indicadores que miden el cumplimiento del propósito, cabe señalar que los indicadores de oportunidad y reclamos fueron aportados por el programa, que los procesa regularmente para su gestión. El panel evalúa esto en forma positiva, porque permite orientar las decisiones que se adopten. Sin embargo, se evalúa como deficiencia que el programa no elabore regularmente los indicadores de cobertura y adherencia de beneficiarios al tratamiento, los cuales aportan información necesaria para su gestión. Cabe señalar que los presentados en este análisis fueron elaborados por el panel.

Considerando las mediciones de indicadores expuestas, se evalúa que el programa cumple con sus objetivos a nivel de propósito en forma satisfactoria, en lo que se refiere a los indicadores de cobertura y calidad, medida ésta como oportunidad y completitud en la entrega de medicamentos y cantidad de reclamos recibidos. Sin embargo, se evalúa que el programa tiene una contribución marginal al logro de la adherencia de beneficiarios al tratamiento.

Respecto del cumplimiento del fin “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población bajo control con diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia”, el panel estima que el programa ha contribuido al logro del fin. En efecto, el programa entrega medicamentos en forma gratuita a la población que tiene HTA, dislipidemia y diabetes mellitus 2, asegurando la continuidad del tratamiento farmacológico. Los medicamentos que se entregan consideran 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 del Ministerio de Salud (2000)⁹³. Esto significa que se trata de medicamentos efectivos, que permiten controlar la morbilidad y mortalidad prematuras, contribuyendo por tanto al mejoramiento de la calidad de vida de dicha población.

⁹² El Mensaje tipo señala: “Si tomas medicamentos para tu enfermedad, pero se te acabaron o los dejaste. Acércate a tu consultorio y regulariza lo antes posible tu tratamiento. Ministerio de Salud” (Información entregada por el programa el 8 de junio de 2018).

⁹³ Orientación Técnica del Programa 2016-2017, pág. 7 pdf

Por otra parte, al investigar la existencia de programas en otros países, se destaca que, en Argentina, existe un programa equivalente para quienes no tienen cobertura de salud, financiado a través de fondos públicos. En efecto de acuerdo a Elorza et al⁹⁴, uno de los objetivos de ese programa es implementar programas para prevenir y/o controlar ciertas patologías, entre ellas las enfermedades crónicas no transmisibles, principales causas de morbilidad mundial. En ese artículo se destaca que, según la Federación Internacional de Diabetes, “el 61% de una muestra amplia de países, que incluía Argentina, ha implementado algún programa nacional de diabetes, que habitualmente contempla la provisión gratuita de medicamentos”. Por otro lado, en países del Reino Unido (Escocia, Irlanda del Norte y Gales) los medicamentos recetados también son gratuitos. En el caso de Inglaterra, patologías como cáncer y enfermedades crónicas también tienen cobertura gratuita, la que debe ser solicitada al médico tratante de esas patologías.

2.2. Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

Producción del componente 1

La producción del componente se expresa en Recetas Despachadas⁹⁵, Gestión de Citas y Servicio de Mensajería, Mejoramiento de condiciones de almacenaje de medicamentos⁹⁶ y Mantención de Stock Crítico o de Seguridad.

Recetas despachadas

Éstas corresponden al menos a una por beneficiario en el año. El programa se ha propuesto como meta que el total de recetas deben ser despachadas al momento en que son presentadas en la farmacia del establecimiento, lo que se denomina “Recetas cumplidas”. En caso de no despacho inmediato, la norma establece que deben ser despachadas dentro de las 24 horas hábiles siguientes. La información disponible se muestra en el Cuadro 18, donde se puede apreciar que en el año 2014 el programa alcanzó al 95,5% de cumplimiento, porcentaje que aumenta al 99,2% en 2017. En Anexo 9 se presenta la distribución por Servicios de Salud del cumplimiento de recetas, la que muestra un comportamiento relativamente homogéneo entre Servicios.

Cuadro 18: N° de Recetas y porcentaje de cumplimiento, Años 2014-2017

Número de Recetas	Total Recetas	Total Recetas Cumplidas	Porcentaje de cumplimiento
2014	8.316.714	7.942.408	95,5
2015	17.778.280	17.596.987	99,0
2016	17.908.723	17.802.192	99,4
2017	18.317.645	18.175.418	99,2

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

El panel evalúa que este cumplimiento es adecuado y suficiente para el logro del propósito, ya que el despacho de recetas a los beneficiarios se relaciona directamente con el objetivo que el programa se ha propuesto alcanzar.

Gestión de Citas y Servicio de Mensajería – Análisis de adherencia

Respecto de la contribución del programa al logro de la adherencia a tratamientos, objetivo considerado en la definición de propósito, se cuenta información que permite analizar el efecto de la mensajería de recordatorio de las citas en la asistencia a dichas citas, por parte de la población bajo control del PSCV,

⁹⁴ Elorza, Moscos y Ripari (2011) .“Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso”. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100004

⁹⁵ El listado referencial de medicamentos e insumos por patología se presenta en las tablas 7 y 8 del Anexo 3.

⁹⁶ Si bien el panel propone que esta actividad pase a formar parte del componente 2, para efectos de análisis de producción de componentes, se considera como una actividad del componente 1 debido a que durante el período evaluado 2014-2017, el financiamiento de esta actividad formó parte del presupuesto del componente 1.

en los años 2016 y 2017⁹⁷. Cabe señalar que el concepto de adherencia a tratamientos incluye diversos comportamientos relacionados con la salud⁹⁸. Las actividades que realiza el FOFAR para apoyar la adherencia al tratamiento incluyen mensajería con recordatorios para el retiro de medicamentos, consejería sobre estilos de vida saludable y gestión de citas. El análisis que se presenta a continuación considera solamente el recordatorio de citas, debido a que esta es la única información relativa a la adherencia a la cual tuvo acceso el panel.

Según información entregada por el programa⁹⁹, el sistema de gestión de citas se encuentra actualmente funcionando en 23 de los 29 Servicios de Salud y en 291 establecimientos APS, que corresponden al 14,4% del total de establecimientos APS¹⁰⁰ (Cuadro 19).

Los establecimientos que tienen sistema de mensajería cumplen con las condiciones definidas por el programa como “habilitantes” desde el punto de vista de la tecnología, que se refieren a tener registro clínico o servicio de agenda. Además, deben contar con las autorizaciones pertinentes de los Servicios de Salud y las comunas para la activación de los servicios. Según informa el programa¹⁰¹, a la fecha existen 680 establecimientos con condiciones habilitantes y se encuentran funcionando 291, lo que representa un 43%. Las razones que explican que un establecimiento tenga condiciones habilitantes, pero no cuente con el sistema de gestión de citas, pueden ser dos: a) el establecimiento no ha entregado las autorizaciones para su funcionamiento; o b) algunas comunas han cambiado de proveedor de servicios de agenda o clínica, los cuales aún no se encuentran integrados a la plataforma. El programa no precisó cuántos establecimientos se encuentran en una u otra situación. A juicio del panel, el nivel de cobertura del sistema de mensajería es evaluado en términos negativos, considerando que el 57% de los establecimientos APS no cuentan con el sistema y que las razones señaladas son de orden administrativo o de gestión. No obstante, según señala el programa, estas razones son de responsabilidad de la gestión de los SS y establecimientos APS, y por lo tanto exceden su ámbito de injerencia posible.

Los seis Servicios de Salud que no cuentan con sistema de mensajería son Arica, Metropolitano Sur Oriente, Maule, Araucanía Norte, Araucanía Sur y Aisén. Por su parte, 11 Servicios tienen el sistema funcionando en menos del 20% de sus establecimientos APS, mientras que en los restantes 12 Servicios la cifra varía entre un 20% y un 53% de los establecimientos APS (Cuadro 19). Respecto de la población beneficiaria que puede recibir mensajería, corresponde al 34,5% de los beneficiarios (765.267 beneficiarios en 2017¹⁰²).

⁹⁷ Esta información ha sido entregada por el programa en el documento titulado “FOFAR; Mensajería para la adherencia al tratamiento”, que fue elaborado por el programa para esta evaluación. Además, el programa entregó el listado de los establecimientos que cuentan con sistema de mensajería.

⁹⁸ Según la OMS, el concepto de adherencia terapéutica abarca diversos comportamientos relacionados con la salud, que sobrepasan el hecho de tomar los medicamentos prescritos. En este marco, la OMS define el concepto de “adherencia al tratamiento prolongado como “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” Véase OMS. Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, Washington D.C., 2004 (pág. 3) y punto 1 de este Documento, “Justificación”.

⁹⁹ Listado de establecimientos que cuentan con sistema de mensajería.

¹⁰⁰ En documento “FOFAR: Mensajería para la adherencia al tratamiento” el programa afirma que la estrategia está presente en el 31% de los establecimientos APS. Si se considera que el total de establecimientos APS es 2.027, este porcentaje es incorrecto.

¹⁰¹ Documento “FOFAR: Mensajería para la adherencia al tratamiento”.

¹⁰² Información entregada por el programa el 8 de junio de 2018.

**Cuadro 19: Establecimientos APS que cuentan con sistema de mensajería de gestión de citas
(número y porcentaje sobre el total de establecimientos APS)**

Servicio de Salud	Total Establecimientos APS	Establecimientos APS con Mensajería	
		Número	%
Arica	12	0	0,0
Iquique	28	10	35,7
Antofagasta	31	15	48,4
Atacama	39	4	10,3
Coquimbo	143	9	6,3
Aconcagua	29	14	48,3
Viña del Mar Quillota	81	28	34,6
Valparaíso San Antonio	51	1	2,0
Metropolitano Norte	37	9	24,3
Metropolitano Occidente	69	15	21,7
Metropolitano Central	23	12	52,2
Metropolitano Oriente	28	10	35,7
Metropolitano Sur	74	23	31,1
Metropolitano Sur Oriente	44	0	0,0
Del Libertador B.O'Higgins	126	2	1,6
Del Maule	227	0	0,0
Ñuble	103	39	37,9
Concepción	49	17	34,7
Arauco	50	8	16,0
Talcahuano	26	4	15,4
Biobío	97	14	14,4
Araucanía Norte	75	0	0,0
Araucanía Sur	172	0	0,0
Valdivia	92	5	5,4
Osorno	50	9	18,0
Del Reloncaví	119	21	17,6
Chiloé	98	13	13,3
Aisén	37	0	0,0
Magallanes	17	9	52,9
Total general	2.027	291	14,4

Fuente: Elaborado por el panel en base a información entregada por el programa.

En cuanto al análisis de la mensajería de recordatorio de citas y su posible efecto en la asistencia en los controles, el Cuadro 20 presenta las citas que lograron ser comunicadas al paciente y las que no lograron ser comunicadas a este, junto al número de citas en que el paciente no se presentó en cada caso, para los años 2016 y 2017. Las citas corresponden a todas las prestaciones del PSCV que fueron consideradas en el servicio de gestión de citas.

Cuadro 20: Citas del PSCV comunicadas y no comunicadas y pacientes que no se presentaron, 2016 y 2017

Año	Citas comunicadas(a)			Citas no comunicadas(b)		
	Total	Paciente no se presentó		Total	Paciente no se presentó	
		Total	%		Total	%
2016	1.022.429	113.396	11,1	1.037.755	126.720	12,2
2017	1.318.447	157.658	12,0	1.102.651	158.513	14,4
Total	2.340.876	271.054	11,6	2.140.406	285.233	13,3

(a) Citas que lograron ser comunicadas al paciente mediante cualquier instancia (llamada telefónica a teléfono móvil o fijo, o mensaje de texto)

(b) Citas que no lograron ser comunicadas al paciente, ya sea porque los datos para la comunicación estaban incorrectos o porque la cita fue ingresada sin datos de contacto.

Fuente: Información entregada por el programa.

Como se observa en el Cuadro 20, en 2016 el 11,1% de las citas que fueron recordadas al paciente tuvieron como resultado la inasistencia de éste; este porcentaje fue de 12,2% en aquellas citas que no lograron ser recordadas al paciente. En 2017 la situación fue similar: 12,0% de las citas comunicadas resultaron en inasistencia del paciente, cifra que en las citas no comunicadas fue levemente mayor (14,4%)¹⁰³. Por lo tanto, y suponiendo que el resto de los factores que inciden en la asistencia a las citas médicas son similares en los pacientes que recibieron un recordatorio y aquellos que no lo recibieron, se puede concluir que el recordatorio de citas tiene un efecto marginal respecto de la inasistencia a los controles, pues no se observa una diferencia importante en la inasistencia de los pacientes que recibieron recordatorio respecto de aquellos que no lo recibieron¹⁰⁴.

En síntesis, sobre la base de la información disponible, el panel considera que el programa tiene una contribución marginal al logro de la adherencia a tratamientos. En efecto, 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 recordatorio. Adicionalmente, el panel considera que el porcentaje de establecimientos APS que cuentan con el sistema de gestión de citas (14,4%) es reducido, 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.

Por último, 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 2017¹⁰⁵. 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

¹⁰³ El programa puso a disposición del panel información sobre las citas y su inasistencia desagregadas por los profesionales del PSCV (enfermero(a), médico, nutricionista y podólogo(a)). No obstante, el número total de citas informadas para el año 2016 fue de 517.907, lo que corresponde al 25,1% de las citas totales informadas. En el caso de 2017, este total fue de 2.275.222, lo que corresponde al 94,0% de las citas informadas. Según información entregada por el programa ante la consulta del panel (reunión sostenida el 10 de mayo de 2018), las diferencias se deben a problemas de la información, pues las citas excluidas del análisis estaban codificadas para atenciones profesionales que no son parte del PSCV (por ejemplo, psicólogo). Debido a estos problemas de inconsistencia de los datos, el panel decidió no presentar el análisis desagregado por profesional.

¹⁰⁴ La conclusión se sustenta en la comparación de los porcentajes de inasistencia entre las citas comunicadas y no comunicadas, dado que los datos corresponden a la totalidad de la mensajería de citas en los años respectivos y no a una muestra de dicho universo.

¹⁰⁵ Información entregada por el programa el 8 de junio de 2018.

mensuales que ha definido enviar a cada paciente¹⁰⁶. 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 en la información 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 ello¹⁰⁷. 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.

Mejoramiento de las condiciones de almacenaje de medicamentos.

Corresponde a aportes en dinero efectuados por el programa para mejorar las bodegas de farmacia en Servicios de Salud y Comunas. Esta acción obedece a la necesidad de ajustarse a los cambios en la normativa vigente sobre el manejo de farmacias¹⁰⁸, que establece que los lugares de acopio de medicamentos deben contar con autorización sanitaria (AS). No todos los establecimientos cuentan con esta autorización, ya que su inicio de funcionamiento es, en la mayoría de los casos, anterior a la fecha de la dictación de Norma Técnica 147.

La siguiente tabla muestra las Droguerías existentes en Servicios de Salud y su situación respecto a la norma de AS, así como también en cuáles ha concurrido el aporte FOFAR. Como se puede apreciar, un total de 10 Droguerías cuentan con AS, de las cuales 6 fueron financiadas por FOFAR. Además, 6 Droguerías se encuentran en proceso de obtención de AS, todas con aportes FOFAR y una, financiada totalmente por FOFAR, se encuentra en la misma situación. En total, el programa ha concurrido con financiamiento para 13 del total de 15 Droguerías (87%).

¹⁰⁶ 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).

¹⁰⁷ La información sobre mensajería fue entregada por el programa el 8 de junio de 2018, momento en que se estaba cerrando la evaluación.

¹⁰⁸ Norma Técnica 147 de Buenas Prácticas de Almacenamiento, MINSAL e ISP. Decreto 57 de 25 de febrero de 2013.

Tabla 3: Droguerías existentes en Servicios de Salud y su situación respecto a la Autorización Sanitaria¹⁰⁹

Droguerías según fuente de financiamiento	Servicio de Salud	15
Droguerías financiadas por FOFAR con AS	SS Ñuble, Concepción, Talcahuano, Arauco, Reloncaví y M. Oriente	6
Droguerías financiadas FOFAR con AS en trámite	SS Osorno	1
Droguerías con AS previa a FOFAR y mejoraron la droguería con aporte FOFAR	SS Coquimbo y Viña del Mar	2
Droguerías con aporte FOFAR con AS en trámite	Servicios de Salud Maule, Araucanía Sur, M. Sur y M. Sur Oriente,	4
Total droguerías con aporte FOFAR		13
Droguerías con otros aportes	Servicios de Salud Biobío y Valdivia	2

Fuente: Elaboración del panel con información FOFAR

Esta contribución se evalúa en forma positiva ya que el cumplimiento del estándar de AS indica que se cuenta con condiciones adecuadas de almacenamiento, lo que debería contribuir a la disminución de mermas como también a mantener las condiciones de calidad de los medicamentos, mediante condiciones de temperatura, humedad y control de vectores que aseguran que el medicamento mantenga sus atributos farmoquímicos. Sin embargo, no existe información que permita medir este supuesto. Con respecto al hecho de que casi el 50% de los Servicios de Salud no cuentan con AS, se considera que es una línea de acción necesaria en la que el programa debería avanzar, ya que aporta al cumplimiento del propósito, en tanto las correctas condiciones de almacenamiento deberían contribuir a la disminución de mermas.

Mantenimiento de Stock Crítico o de Seguridad.

El programa ha definido como orientación para la implementación del stock crítico¹¹⁰ a un stock mínimo de medicamentos necesario para satisfacer una demanda estimada de 2 meses, para el conjunto de medicamentos¹¹¹ contenidos en las canastas de los 3 problemas de salud que atiende FOFAR. Establece que es responsabilidad de cada Servicio de Salud la compra¹¹², administración y gestión de este stock, así como también la definición de la cantidad mínima necesaria para abastecer 2 meses, en casos de eventuales quiebres de stock en los establecimientos bajo su jurisdicción. En este caso, opera el mecanismo de préstamo desde el SS al establecimiento, el cual se compromete a devolver tal préstamo en especies una vez regularizado su propio stock. También puede operar el mecanismo de que el SS descuenta de la futura transferencia, el valor de las especies prestadas. La mantención del stock crítico requiere que los Servicios de Salud coordinen permanentemente con las comunas participantes del programa, la rotación del stock disponible, con el fin de evitar sobre stock y mermas por vencimiento.

Para efectos de esta evaluación, el programa recabó información desde los Servicios de Salud respecto al funcionamiento del stock crítico y al cumplimiento de lo establecido en la Orientación Técnica como plazo de seguridad. Como se puede observar en la Tabla 4, un total de 62,1% de los SS funcionan en forma satisfactoria, ya sea que i) cumplan con la norma de dos meses de stock (41,4%), ii) no cumplan pero tienen convenio que asegura la entrega rápida con tiempo de respuesta de 7 días o menos (20,7%) o iii) de un mes (3,4%). Por otro lado, iv) 9 SS (31,0%) no cumplen y no tienen convenio o v) no se sabe el tiempo de respuesta del convenio (3,4%) (Anexo 10). Con respecto al uso de este stock por parte de los establecimientos, el programa aportó información que señala que en el año 2017 se registraron un total de

¹⁰⁹ La diferencia entre las categorías “Droguerías financiadas FOFAR con AS en trámite” y “Droguerías con aporte FOFAR con AS en trámite” reside en que la primera fue financiada en su totalidad con recursos FOFAR, en tanto en la segunda el FOFAR concurrió con recursos, pero no la financió en su totalidad.

¹¹⁰ Orientación Técnica FOFAR 2018

¹¹¹ No incluye insumos para curación del pie diabético.

¹¹² La instalación del programa incluyó el financiamiento del stock crítico inicial en todos los Servicios de Salud.

1.995 préstamos por un total valorizado de medicamentos de M\$654.025 (Anexo 11). Sin embargo, dado que no se cuenta con datos del total de préstamos o del valorizado de medicamentos, no es posible elaborar una tasa de uso de este stock, por lo que el panel no puede pronunciarse al respecto.

Tabla 4: Situación de Stock Crítico en SS respecto a tiempo de seguridad. 2018

Situación respecto de la norma	N° SS	%
Cumple con norma de dos meses	12	41,4
No cumple, pero tiene convenio que asegura entrega rápida (tiempo de respuesta 7 días o menos)	6	20,7
No cumple y no tiene convenio	9	31,0
No cumple y convenio no asegura entrega rápida (tiempo de respuesta: 1 mes)	1	3,4
No cumple, tiene convenio, pero no se sabe el tiempo de respuesta del convenio	1	3,4
Total	29	100,0

Fuente: Elaboración del panel con información FOFAR

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.

Producción del componente 2: Recursos humanos

La producción del componente 2 se mide por el número de recursos humanos aportados por FOFAR, consistentes en Químicos Farmacéuticos (QF) y Técnicos de Nivel Superior en Farmacia (TENS) destinados a profesionalizar la gestión de farmacia en Servicios de Salud y establecimientos APS.

Se calculan de acuerdo con la política institucional de cierre de brechas de estándares de dotación de QF en APS, informada en el año 2013. Para estimar las brechas que se presentan a continuación, el programa utilizó los siguientes criterios: 1 QF cada 12.000 prescripciones por mes¹¹³ y 1 TENS por cada 4.000 prescripciones al mes.

En el siguiente cuadro se muestra la estimación de brechas de QF y TENS para el año 2014, que señala la existencia de una brecha de 586 QF y 790 TENS, medida en cargos de 44 horas semanales.

Cuadro 21: Estimación de brecha de QF y TENS en 2014, número de cargos 44 hrs.

RRHH existente en 2013		Estimación necesidad		Brecha	
(1)		(2)		(1 - 2)	
QF	TENS	QF	TENS	QF	TENS

¹¹³ En la Orientación Técnica 2018 el programa afirma que el ideal para la contratación de QF en las comunas es contar con 1 QF cada 20 mil inscritos (pág. 6).

192	1.531	778	2321	-586	-790
-----	-------	-----	------	------	------

Fuente: Elaboración del panel en base a la estimación realizada por el programa.

En el siguiente cuadro se muestra el aporte FOFAR en términos de contratación de los QF y TENS, que se expresan en cargos 44 horas semanales. Éstos alcanzan a 184,25 QF en el año 2017 y han aumentado en 108,75 cargos desde 2014 (144%), en tanto los TENS experimentaron un menor crecimiento relativo en el período (37,7%). En total, FOFAR ha contribuido con 594 cargos de 44 horas, lo que se considera una contribución a la profesionalización de la gestión farmacéutica.

Cuadro 22: Cargos de QF y TENS 44 horas contratados por FOFAR, 2014 a 2017

Recursos humanos / Incremento	2014	2015	2016	2017	Variación %
QF	75,5	93,5	113,25	184,25	144,0
Incremento x año		18	19,8	71	
TENS	297,5	315,0	331,3	409,8	37,7
Incremento x año		17,5	16,3	78,5	
Total	373,0	408,5	444,5	594,0	

Fuente: Elaboración del panel en base a la estimación realizada por el programa

En el Cuadro 23 se presenta la contribución del programa al cierre de brechas. Como se puede apreciar, en los cuatro años evaluados el programa aportó al cierre de brechas en 31,4% en el caso de los profesionales QF y 51,9%, en TENS. En Anexo 12 se puede ver cuántos de estos cargos fueron para los SS y cuántos para comunas, durante el período 2014-2017.

Cuadro 23: Cierre de brechas QF y TENS, cargos 44 horas contratados por FOFAR , 2014 a 2017

	Brecha 2014 (1)	Aporte FOFAR 2014-2017 (2)	Brecha 2017 (1-2)	% Cierre brecha FOFAR
QF	586	184,25	401,75	31,4
TENS	790	409,75	380,25	51,9

Fuente: Elaboración del panel en base a la estimación realizada por el programa.

Por último, 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 2014. 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.

2.3. Cobertura y focalización del programa (por componentes en los casos que corresponda)

Análisis de beneficiarios

Los beneficiarios del programa se definen como aquellas personas que están en control en el Programa de Salud Cardiovascular y que han despachado al menos una receta en el año calendario.

La cuantificación de beneficiarios del programa proviene de dos fuentes de información. En primer lugar, de aquellos establecimientos registrados en el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA), el que proporciona su cuantificación y su caracterización, la que se presenta más adelante. La segunda fuente de información consiste en una planilla Excel que usa el resto de los establecimientos para reportar su actividad, mediante la plataforma web. Estas planillas contienen el número de recetas despachadas, no así el número de beneficiarios, por lo que fue necesario estimarlos para esta evaluación. Para ello, se aplicó el número de recetas por beneficiario que se obtiene de SIDRA, al número de recetas informadas por formulario web. Adicionalmente y para obtener el total de beneficiarios, se agregó el número de personas fallecidas en cada año, todo lo cual se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 24: Número de Beneficiarios totales, 2014-2017

Año	N° beneficiarios (SIDRA)	%	N° Recetas promedio mensual SIDRA	Promedio receta benef.	N° Recetas promedio mensual Formulario Web	Estimado beneficiarios por Formulario Web	%	Beneficiarios Fallecidos	%	Total beneficiarios
2014	1.208.084	69,7	971.482	1,24	414.638	515.622	29,7	10.595	0,6	1.734.301
2015	1.483.674	69,7	1.048.430	1,42	433.093	612.887	28,8	33.374	1,6	2.129.935
2016	1.543.340	70,3	1.067.723	1,45	424.671	613.841	28,1	39.675	1,3	2.196.119
2017	1.602.316	72,3	1.126.963	1,42	399.507	568.019	25,6	44.938	2,0	2.215.273
Variación 2014 - 2017	32,6		16,0	14,5	-3,6	10,2		324,1		27,7

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Los beneficiarios totales del programa alcanzan a dos millones doscientos quince mil personas en el año 2017, cifra que ha experimentado un crecimiento de 27,7% en el período evaluado. El análisis según fuente de información muestra que los beneficiarios de los establecimientos que participan de la plataforma informática SIDRA representan el 72,3% en 2017 y han aumentado en 32,6% en el período 2014-2017, como resultado de la creciente informatización de los establecimientos. En concordancia con lo anterior, la participación de los beneficiarios informados por formulario web muestra un descenso en el período en análisis, desde el 29,7% en 2014 al 25,6% en 2017. Los beneficiarios que han fallecido han aumentado de forma importante, lo que podría explicarse, según información aportada por el programa, por errores de registro detectados en una limpieza de base de datos realizada en el año 2017¹¹⁴.

Se evalúa adecuado el aumento de establecimientos que participan en SIDRA ya que ello permite un manejo de información sistematizada con facilidad para el ingreso de datos, lo que facilita el manejo de volúmenes de datos, todo lo cual permite un mejor control de gestión del programa. Respecto de la variación del número de beneficiarios, el panel solo puede constatar el aumento importante de éstos en el período. Sin embargo, la pertinencia de este comportamiento se debe relacionar con la población objetivo para emitir un juicio fundado, lo que se hará más adelante, en la sección cobertura del programa

Como se señaló, se dispone de la información sobre la caracterización de beneficiarios solo para aquellos reportados en el SIDRA. Por tanto, la caracterización que se presenta a continuación corresponde a ese subconjunto.

En el siguiente cuadro se presentan los beneficiarios del programa, para los años 2014 a 2017, diferenciados por grupos de edad. Como se puede apreciar, el grupo de mayores de 65 años concentra la mayor cantidad de beneficiarios (52,1% en 2017). Sin embargo, el análisis de las variaciones experimentadas en el período muestra que el grupo de 15 a 64 años tiene un aumento del 60,7% frente al 14,3% del grupo de 65 y más años, lo que es indicativo de que el programa está incorporando cada año a más personas menores de 65 años.

Cuadro 25: Número de Beneficiarios por grupos de edad, 2014-2017

Beneficiarios por grupos de edad	2014		2015		2016		2017		% Variación 2014-2017
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
15-64 años	477.633	39,5	638.980	43,1	704.905	45,7	767.769	47,9	60,7
65 y más años	730.451	60,5	844.694	56,9	838.435	54,3	834.547	52,1	14,3
Total	1.208.084	100,0	1.483.674	100,0	1.543.340	100,0	1.602.316	100,0	32,6

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

¹¹⁴ En el año 2017 FONASA implementó el sistema de "huellero" (huella digital) para el registro de la población inscrita validada. Ello implicó que se realizara, además, una revisión más exhaustiva de inscritos que debían ser eliminados del sistema, por no corresponder al sistema público de atención de salud, por encontrarse inscritos en ISAPRES, FFAA, doble inscritos y/o fallecidos, entre otros. La columna fallecidos del Cuadro 24 incluir todos estos casos, además de los fallecidos.

El Cuadro 26 muestra el análisis por sexo de los beneficiarios señalados en el cuadro anterior. Como se puede apreciar, las mujeres son mayoritarias en ambos grupos de edad, en todos los años evaluados. Sin embargo, el análisis de las variaciones en el período señala que los hombres han aumentado más que las mujeres en ambos grupos, Es así como en el grupo de 15 a 64 años los hombres aumentaron en 69,4% versus el 56,7% de las mujeres, en tanto entre los beneficiarios de 65 años y más, los hombres crecieron en 16% y las mujeres en 13,2%, todos entre 2014 y 2017. Este aumento en la participación de los hombres, aunque leve, se considera positivo porque la cobertura del programa es menor en hombres que en mujeres, como se muestra más adelante en el Cuadro 31. Cabe señalar que la distribución de las prevalencias de las enfermedades señala una mayor participación de mujeres, en todos los diagnósticos (Cuadro 3). De acuerdo con información aportada por el programa¹¹⁵, el PSCV no registra alguna iniciativa que propicie este aumento en la participación masculina. Sin embargo, puede ser atribuible a la incorporación de la extensión horaria de las farmacias hasta las 19:00 o 20:00 horas, que comenzó a ser exigible a partir de la puesta en marcha de FOFAR, lo cual podrá facilitar el acceso de la población masculina.

Cuadro 26: Número de Beneficiarios por grupos de edad y sexo, 2014-2017

Beneficiarios por grupos de edad y por Sexo	2014		2015		2016		2017		% Variación 2014-2017
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Beneficiarios totales	1.208.084	100,0	1.483.674	100,0	1.543.340	100,0	1.602.316	100,0	32,6
Hombre	424.147	35,1	527.299	35,5	547.812	35,5	573.005	35,8	35,1
Mujer	783.937	64,9	956.375	64,5	995.528	64,5	1.029.311	64,2	31,3
15 a 64 años	477.633	39,5	638.980	43,1	704.905	45,7	767.769	47,9	60,7
Hombre	151.705	12,6	207.086	14,0	231.368	15,0	257.025	16,0	69,4
Mujer	325.928	27,0	431.894	29,1	473.537	30,7	510.744	31,9	56,7
65 y más años	730.451	60,5	844.694	56,9	838.435	54,3	834.547	52,1	14,3
Hombre	272.442	22,6	320.213	21,6	316.444	20,5	315.980	19,7	16,0
Mujer	458.009	37,9	524.481	35,4	521.991	33,8	518.567	32,4	13,2

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Se presenta a continuación la distribución urbano-rural de los beneficiarios, dato que se obtuvo de la clasificación de las comunas donde están ubicados los establecimientos en que se atienden los beneficiarios. Los beneficiarios de comunas urbanas alcanzan al 67% del total en el año 2017. En cuanto a la variación entre 2014 y 2017, se produce un mayor crecimiento de la población urbana (28,5%) versus la rural (25,7%).

Cuadro 27: Número de Beneficiarios por distribución urbano/rural, 2014-2017

Área de residencia	2014		2015		2016		2017 ¹¹⁶		% Variación 2014-2016
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Urbano	805.236	66,7	971.737	65,5	1.019.026	66,0	1.073.214	67,0	28,5
Rural	402.848	33,3	511.937	34,5	524.314	34,0	529.102	33,0	25,7
Total	1.208.084	100,0	1.483.674	100,0	1.543.340	100,0	1.602.316	100,0	27,5

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Como se señaló, los establecimientos que atienden a los beneficiarios de FOFAR pueden depender de Servicios de Salud, Municipalidades y otras instituciones en convenio con los SS (ONGs o instituciones sin fines de lucro). Su distribución señala que el programa se desarrolla mayoritariamente en establecimientos municipales en todos los años evaluados (86,3% en 2017), en tanto el 13,1% lo hace en centros de salud

¹¹⁵ Reunión sostenida el 10 de mayo de 2018.

¹¹⁶ No se dispone de la información completa para el año 2017. La distribución urbano/rural entregada por el programa da cuenta de un total de 1.520.558, faltando distribuir 81.758 beneficiarios para llegar al total del año (1.602.316).

de dependencia de SS y 0,6% en otras dependencias, en el mismo año. Asimismo, los beneficiarios que se atienden en establecimientos municipales presentan una variación en el período evaluado mayor a las demás dependencias (34,6%). (Ver cuadro siguiente).

Cuadro 28: Número de Beneficiarios por dependencia de los establecimientos, 2014-2017

Beneficiarios por dependencia de los establecimientos	2014		2015		2016		2017		% Variación 2014-2016
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Municipal	1.026.873	85,0	1.257.693	84,8	1.317.453	85,4	1.382.462	86,3	34,6
Otra Institución ¹¹⁷	8.103	0,7	9.486	0,6	9.550	0,6	10.053	0,6	24,1
SS	173.108	14,3	216.495	14,6	216.337	14,0	209.801	13,1	21,2
Total	1.208.084	100,0	1.483.674	100,0	1.543.340	100,0	1.602.316	100,0	32,6

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Con respecto a la distribución de establecimientos por dependencia, se contó con información correspondiente a 2018, la que señala que en el país el programa se desarrolla en 2.027 establecimientos, de los cuales el 90,7% son de dependencia municipal, 8,7% de Servicios de Salud y 0,6% de otros (ONG y otras instituciones sin fines de lucro).

El Cuadro 29 muestra la distribución de beneficiarios por Servicios de Salud, para los cuatro años evaluados. Como se puede observar, en el año 2017 la mayor concentración se encuentra en el Servicio de Salud Maule con el 9,8% del total de beneficiarios del país. Le siguen en importancia los SS M. Occidente (8,2%), Viña del Mar Quillota (6,4%) y M. Sur Oriente (6,3%). En cuanto a las variaciones entre 2014 y 2017, los SS que más han crecido son M. Sur (230,9%), L. B. O'Higgins (61,5%) y Ñuble (59,4%). Por otra parte, en el SS Biobío se observa una disminución de 43,1% en el número de beneficiarios del programa, en el período evaluado.

Cabe recordar que la caracterización de beneficiarios se realiza en base a aquellos informados por SIDRA, no del total de beneficiarios FOFAR. Con respecto a lo observado en el Servicio de Salud Maule, el programa informa que cuenta con un desarrollo informático propio que le permite reportar la totalidad de su población por esta vía. Asimismo, cuenta con la mayor proporción de población de 15 y más años en comparación con los demás SS.

Respecto a la caracterización de beneficiarios, se evalúa en forma positiva la información aportada por el programa para esta evaluación, ya que ello permitió describirlos desde distintos puntos de vista (variables). Sin embargo, se considera que ésta debería ser de manejo habitual para la gestión del programa, ya que aporta información relevante para el análisis de resultados en términos de variables de edad, sexo, ubicación geográfica y otras, los que pueden orientar la definición de estrategias destinadas a suplir, por ejemplo, diferencias no deseadas en términos de edad, sexo y otras variables.

¹¹⁷ Convenios de SS con Organizaciones sin fines de lucro y ONGs: 1) Centro de salud Familiar (CESFAM) Cristo Vive, Recoleta. 2) SAPU Cristo Vive, Recoleta. 3) CESFAM Madre Teresa de Calcuta, Puente Alto. 4) CESFAM Juan Pablo II La Pintana. 5) CESFAM San Alberto Hurtado, Puente Alto. 6) CESFAM Villa Nonguén, Concepción. 7) Consultorio Centro de Salud Boroa Filulawen, Nueva Imperial. 8) CESFAM Metodista, Temuco. 9) CESFAM Techo para todos, Puerto Montt. 10) CESFAM San Pablo Mirasol, Puerto Montt.

Cuadro 29: Número de Beneficiarios por Servicios de Salud, 2014-2017

Beneficiarios por Servicio de Salud	2014		2015		2016		2017		% Variación 2014-2016
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Arica			0		13.552	0,9	13.000	0,8	
Iquique	17.398	1,4	20.340	1,4	21.749	1,4	22.334	1,4	28,4
Antofagasta	22.393	1,9	30.239	2,0	28.018	1,8	30.149	1,9	34,6
De Atacama	22.327	1,8	27.093	1,8	27.441	1,8	29.154	1,8	30,6
Coquimbo	55.971	4,6	69.374	4,7	70.513	4,6	73.564	4,6	31,4
Aconcagua	25.018	2,1	33.080	2,2	33.979	2,2	35.796	2,2	43,1
Viña del Mar Quillota	82.751	6,8	95.203	6,4	99.813	6,5	102.857	6,4	24,3
Valparaíso San Antonio	40.015	3,3	53.803	3,6	54.229	3,5	56.047	3,5	40,1
Metropolitano Norte	34.083	2,8	39.982	2,7	30.949	2,0	38.200	2,4	12,1
Metropolitano Occidente	104.312	8,6	127.527	8,6	127.339	8,3	131.916	8,2	26,5
Metropolitano Central	64.514	5,3	73.745	5,0	74.804	4,8	77.537	4,8	20,2
Metropolitano Oriente	74.022	6,1	87.282	5,9	86.327	5,6	87.499	5,5	18,2
Metropolitano Sur	28.524	2,4	39.253	2,6	80.813	5,2	94.373	5,9	230,9
Metropolitano Sur Oriente	79.689	6,6	95.172	6,4	98.076	6,4	100.539	6,3	26,2
Del Libertador B. O'Higgins	48.063	4,0	64.563	4,4	66.632	4,3	77.622	4,8	61,5
Maule	133.151	11,0	153.899	10,4	153.751	10,0	157.776	9,8	18,5
Ñuble	54.990	4,6	79.650	5,4	82.467	5,3	87.633	5,5	59,4
Concepción	41.762	3,5	51.515	3,5	52.488	3,4	54.467	3,4	30,4
Arauco	17.702	1,5	23.892	1,6	24.224	1,6	25.542	1,6	44,3
Talcahuano	38.208	3,2	44.745	3,0	45.425	2,9	50.445	3,1	32,0
Biobío	48.992	4,1	56.030	3,8	55.972	3,6	27.873	1,7	-43,1
Araucanía Norte	21.637	1,8	29.550	2,0	31.102	2,0	30.785	1,9	42,3
Araucanía Sur	31.076	2,6	41.985	2,8	35.763	2,3	37.083	2,3	19,3
Valdivia	28.317	2,3	34.738	2,3	36.011	2,3	40.110	2,5	41,6
Osorno	28.285	2,3	34.080	2,3	34.401	2,2	35.997	2,2	27,3
Del Reloncaví	32.501	2,7	39.846	2,7	40.551	2,6	43.219	2,7	33,0
Chiloé	12.427	1,0	14.072	0,9	13.568	0,9	16.387	1,0	31,9
Aisén	7.601	0,6	8.900	0,6	9.071	0,6	9.455	0,6	24,4
Magallanes	12.355	1,0	14.116	1,0	14.312	0,9	14.957	0,9	21,1
Total	1.208.084	100,0	1.483.674	100,0	1.543.340	100,0	1.602.316	100,0	32,6

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Análisis de cobertura

La cobertura del programa se calcula relacionando población potencial y beneficiarios, así como también, población objetivo y beneficiarios. Con respecto a la población potencial¹¹⁸, el cálculo se efectúa en base a las cifras corregida por comorbilidad (4.583.117 personas en 2017). Como se observa en el Cuadro 30, esta alcanza al 48,3% en ese año y ha aumentado desde el 42,1% en 2014. Por su parte, igual análisis con respecto a la población objetivo muestra una cobertura de 96,3% en 2017 y presenta un aumento de 13,3 puntos porcentuales, si se le compara con el año 2014 en que la cobertura del programa fue de 83%. Ello significa que existe un 3,7% aproximadamente de personas que, estando bajo control en el PSCV (población objetivo) no han presentado receta de medicamentos al FOFAR (beneficiarios). Entre éstos se

¹¹⁸ Ver Capítulo I, Sección 2, Cuantificación y Caracterización de la Población Potencial y Objetivo.

encuentran quienes no requieren tratamiento farmacológico (20% de dislipidémicos, según información entregada por el programa) y quienes, teniendo prescripción de medicamentos, no los solicitan a FOFAR. Se estima que ambas situaciones no son de responsabilidad de la gestión del programa ya que, de acuerdo a la definición de beneficiarios, éstos son quienes presentan receta médica para el despacho de medicamentos. Al respecto, cabe señalar que no se hace seguimiento de quién, teniendo una receta médica, no solicita el medicamento. Se evalúa que la cobertura del programa con respecto a su población objetivo es satisfactoria para el cumplimiento de sus objetivos a nivel de propósito.

Cuadro 30: Cobertura del programa, 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	2.196.119	48,3	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

De la cobertura total del programa (96,3% respecto a la población objetivo en 2017), una parte de ella corresponde a los beneficiarios de establecimientos con SIDRA, de los cuales se dispone información que permite entregar desagregaciones de cobertura por grupos de edad, sexo y Servicios de Salud.

El siguiente cuadro muestra la cobertura que alcanza este subconjunto de beneficiarios, en relación con su población objetivo, diferenciada por grupos de edad y por sexo, para los años evaluados.

Como se puede observar, en el año 2017 esta cobertura alcanza al 69,6% la que ha aumentado en 20,5% en el período evaluado. En el análisis por grupo de edad, se aprecia que las personas de 65 años y más alcanzan mayor cobertura con el 74,3% en el año 2017 en contraste con el 65,2% del grupo de 15 a 64 años. Por su parte, las mujeres presentan mayor cobertura en ambos grupos, aunque la diferencia con respecto a los hombres es mayor en el grupo de 15 a 64 años.

Cuadro 31: Cobertura por grupo de edad y por sexo, 2014-2017 (SIDRA)

Cobertura por grupo de edad y por sexo, beneficiarios sobre población objetivo (SIDRA)	2014	2015	2016	2017	% Variación 2014-2017
	%	%	%	%	
Beneficiarios totales	57,8	68,6	68,8	69,6	20,5
Hombre	55,7	66,7	66,5	67,5	21,2
Mujer	59,0	69,6	70,2	70,9	20,1
15 a 64 años	43,7	57,0	61,0	65,2	49,0
Hombre	40,4	53,3	57,6	62,1	53,9
Mujer	45,5	58,9	62,9	66,8	46,9
65 y más años	73,2	81,1	77,1	74,3	1,5
Hombre	70,8	79,8	75,0	72,7	2,8
Mujer	74,7	81,9	78,5	75,3	0,8

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

En el siguiente cuadro se presenta la cobertura respecto a la población potencial alcanzada en cada año, distribuida por Servicios de Salud. En el año 2017 destacan entre las mayores coberturas la obtenida por los Servicios de Salud Ñuble (62,1%), M. Occidente (61,2%), Arauco (54,8%) y Maule (50,3%). Entre las menores coberturas, todos inferiores al promedio nacional de 35%, se encuentran los Servicios de Salud Araucanía Sur (16,3%), M. Norte (18,6%), Arica (21,6%) y M. Central (21,9%). Con respecto a las variaciones experimentadas en el período, se observa que el Servicio de Salud M. Sur registra el mayor crecimiento con el 197,6%, seguido de Ñuble y O'Higgins con 54% y 42%, respectivamente. Por su parte,

el Servicio de Salud Biobío disminuye su cobertura en 48,8% entre 2014 y 2017, lo que podría deberse a errores de registro de datos, ya que es una situación anómala que un servicio de salud disminuya su número de beneficiarios a casi la mitad, en el período evaluado.

**Cuadro 32: Cobertura por Servicios de Salud, 2014-2017
Beneficiarios respecto a Población Potencial (SIDRA)**

Beneficiarios respecto de población potencial (%)	2014	2015	2016	2017	Variación 2014-2017 (%)
	%	%	%	%	
Total país	29,4	33,4	34,0	35,0	19,1
Arica	0,0	0,0	22,6	21,6	--
Iquique	26,4	27,7	27,9	27,7	4,8
Antofagasta	23,8	28,9	26,2	28,0	17,7
De Atacama	34,0	37,8	37,5	39,3	15,4
Coquimbo	32,7	37,5	36,9	37,4	14,4
Aconcagua	37,1	42,6	43,0	44,9	20,9
Viña del Mar Quillota	35,2	37,5	38,3	38,3	8,9
Valparaíso San Antonio	29,0	36,0	35,5	36,9	27,1
Metropolitano Norte	18,9	20,0	15,1	18,6	-1,3
Metropolitano Occidente	55,6	61,8	59,9	61,2	10,0
Metropolitano Central	20,0	21,3	21,1	21,9	9,7
Metropolitano Oriente	33,3	39,2	37,0	37,5	12,7
Metropolitano Sur	9,3	11,6	23,8	27,7	197,6
Metropolitano Sur Oriente	23,9	26,4	26,7	27,4	14,7
Del Libertador B. O'Higgins	23,9	29,9	29,9	33,9	42,0
Maule	46,9	51,3	49,9	50,3	7,1
Ñuble	40,3	54,7	56,9	62,1	54,0
Concepción	27,9	31,9	31,6	32,5	16,4
Arauco	40,6	52,8	53,1	54,8	34,9
Talcahuano	40,3	43,7	43,2	47,8	18,6
Biobío	43,5	46,3	45,0	22,3	-48,8
Araucanía Norte	37,8	49,4	50,4	49,6	31,3
Araucanía Sur	15,2	18,8	15,7	16,3	7,2
Valdivia	26,0	29,2	29,7	32,8	26,5
Osorno	41,4	46,6	46,4	48,1	16,2
Del Reloncaví	33,4	37,7	37,0	38,6	15,5
Chiloé	25,6	26,7	24,9	29,7	15,9
Aisén	36,5	38,9	37,7	39,6	8,6
Magallanes	34,3	35,7	35,4	36,5	6,5

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

El Cuadro 33 presenta la cobertura (SIDRA) respecto a la población objetivo distribuida por Servicio de Salud. Las cifras señalan que, en el año 2017, el Servicio de Salud Aconcagua alcanza la mayor cobertura del programa con 98,8%. Siguen en importancia los Servicios de Salud Atacama con 99,1% de cobertura, Maule (92,5%), Osorno (89,4%) y Aysén (89,2%). Las menores coberturas del programa están en los Servicios de Salud Araucanía Sur con 34,2%, M. Norte (36,9%) y Biobío (39,2%). Las variaciones más importantes se observan en los Servicios de Salud M. Sur con un aumento de 207,4% en el período en análisis, seguido de O'Higgins (45,4%) y Aconcagua (39,3%). Por otra parte, disminuyen los porcentajes de cobertura los Servicios de Salud Biobío en 46,9% y M. Central en 0,6%. Se considera que la variación

observada en Biobío puede tratarse de un error en el registro de datos, al igual que lo señalado respecto de la población potencial.

Cuadro 33: Cobertura por Servicios de Salud, 2014-2017
Beneficiarios respecto a Población Objetivo (SIDRA)

Beneficiarios respecto de población objetivo (%)	2014	2015	2016	2017	Variación 2014-2017 (%)
	%	%	%	%	
Total país	57,8	68,6	68,8	69,6	20,5
Arica	0,0	0,0	64,1	59,6	
Iquique	65,2	75,8	75,7	75,9	16,3
Antofagasta	61,1	77,1	67,1	70,7	15,7
De Atacama	83,8	119,8	93,5	99,1	18,2
Coquimbo	67,1	78,2	75,4	76,2	13,5
Aconcagua	74,7	96,5	96,1	98,8	39,3
Viña del Mar Quillota	64,6	72,5	76,0	76,5	18,4
Valparaíso San Antonio	54,2	69,8	69,4	69,5	28,4
Metropolitano Norte	35,9	40,4	30,0	36,9	2,6
Metropolitano Occidente	66,4	82,9	79,3	79,1	19,1
Metropolitano Central	84,6	87,7	82,7	84,0	-0,6
Metropolitano Oriente	62,1	72,5	74,0	74,3	19,8
Metropolitano Sur	20,0	26,6	52,7	61,6	207,4
Metropolitano Sur Oriente	45,4	52,7	52,6	51,3	13,2
Del Libertador B. O'Higgins	41,2	53,2	52,8	60,0	45,4
Maule	89,1	97,2	94,3	92,5	3,8
Ñuble	61,4	87,3	85,9	87,3	42,2
Concepción	50,7	61,6	59,7	60,2	18,7
Arauco	64,3	82,4	82,0	84,1	30,7
Talcahuano	69,2	76,0	77,5	87,4	26,4
Biobío	73,9	81,1	80,5	39,2	-46,9
Araucanía Norte	67,9	88,1	90,4	87,7	29,2
Araucanía Sur	32,1	41,3	33,8	34,2	6,6
Valdivia	55,6	63,2	64,7	68,2	22,7
Osorno	77,6	85,6	83,3	89,4	15,2
Del Reloncaví	71,7	87,5	82,5	81,2	13,2
Chiloé	57,6	62,0	55,5	64,2	11,4
Aisén	88,7	95,8	88,7	89,2	0,6
Magallanes	64,5	71,0	72,3	71,8	11,4

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Se evalúa que los promedios nacionales son consistentes con lo esperado ya que los beneficiarios SIDRA corresponden a cerca del 70% del total. No obstante, se considera que son anómalas las coberturas observadas en los Servicios de Salud mencionados anteriormente (Aconcagua, Maule, Osorno y Aysén, entre los principales), que presentan resultados muy por sobre el promedio nacional, lo que indicaría que cerca del 100% de los establecimientos de los citados Servicios de Salud forman parte de SIDRA.

Focalización del programa

Dado que el FOFAR forma parte del PSCV, los criterios de focalización son definidos y aplicados por éste, en la etapa de selección de sus beneficiarios. Los criterios están contenidos en la definición de la población objetivo, los cuales son: personas de 15 y más años inscritas y validadas por FONASA; personas que hayan sido diagnosticadas con uno o más de los siguientes problemas de salud: HTA, DM 2 y Dislipidemia. Adicionalmente, los beneficiarios FOFAR deben contar con indicación médica de tratamiento farmacológico (receta)¹¹⁹.

Se evalúa que estos criterios son pertinentes y consistentes con los objetivos del programa, por cuanto permiten identificar en forma clara a la población que se desea atender.

Otro análisis de beneficiarios del programa se puede hacer considerando su nivel de ingresos, de acuerdo a la clasificación que hace FONASA de los beneficiarios del seguro público de salud, que distingue cuatro tramos según grupos de ingreso, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5: Clasificación de beneficiarios de FONASA por grupos de ingreso

Tramo FONASA	Grupo de ingreso	Tipo de atención
A	Personas indigentes o carentes de recursos para cotizar en salud	Gratuidad en el sistema público de salud
B	Ingresos menores a \$276.000 al mes (cotizantes) Trabajadores del sector público de salud	Gratuidad en el sistema público y compra de bonos
C	Ingresos de entre \$276.001 y \$402.960 al mes (cotizantes)	Bonificación del 90% en el sistema público y acceso a compra de bonos. Con 3 o más cargas familiares pasará a tramo B.
D	Ingresos de \$402.961 y más al mes (cotizantes)	Bonificación del 80% en el sistema público y acceso a compra de bonos. Con 3 o más cargas familiares pasará a tramo C.

Fuente: FONASA - <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>

Cabe señalar que la población inscrita en el seguro público de salud, FONASA en 2016 (13.598.639 personas) alcanza al 74,4% de la población total del país (18.282.901 personas según el Censo de Población de 2017).

En el siguiente cuadro se muestra la cuantificación de beneficiarios FOFAR según grupos de ingreso para los años 2014 a 2017¹²⁰ y su variación porcentual en el período. En todos los años evaluados, más de la mitad de los beneficiarios corresponden al grupo B, con excepción del año 2015 donde el grupo C concentra al 55,7% de éstos. Se considera que las cifras entregadas por el programa para ese año son anómalas, por lo que es posible que exista un error en los datos. En 2017 sigue en importancia el tramo D con 16,9%, luego los tramos A y C (12,9% y 11,5%, respectivamente). Con respecto a las variaciones que se observan en el período, el mayor crecimiento se registra en el tramo D (75,7%), seguido del C (491%) y A (39,7%). El tramo B aumenta sus beneficiarios en 20% en el período. Esta distribución de los beneficiarios con respecto a los tramos FONASA se considera que corresponden a criterios de autofocalización que manifiestan los beneficiarios del programa. Sobre esta materia, se debe recordar que el programa atiende a todas las personas que cumplen con los requisitos para ser considerados población objetivo, a quienes está obligado a atender en forma gratuita, de acuerdo con lo establecido por la ley.

¹¹⁹ No obstante, para recibir el servicio de mensajería o de gestión de citas no es necesario tener una receta médica.

¹²⁰ En el año 2017 se observa una diferencia de 2.017 beneficiarios más con respecto a los datos analizados en la sección 2.1 "Análisis de beneficiarios". El panel no dispone de explicación para esta diferencia.

Cuadro 34: Distribución población beneficiaria FOFAR según grupos de ingreso, 2014-2017¹²¹

Tramos FONASA	2014		2015		2016		2017		Variación %
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
A	147.849	12,2	465	0,0	196.803	12,8	206.519	12,9	39,7
B	763.809	63,2	192.950	13,0	895.342	58,0	916.795	57,1	20,0
C	123.524	10,2	825.821	55,7	173.566	11,2	184.132	11,5	49,1
D	154.193	12,8	165.942	11,2	256.949	16,6	270.987	16,9	75,7
Nulo	18.016	1,5	241.461	16,3	20.217	1,3	23.407	1,5	29,9
X	693	0,1	57.035	3,8	463	0,0	476	0,0	-31,3
Total	1.208.084	100,0	1.483.674	100,0	1.543.340	100,0	1.604.333	100,0	32,8

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR (Base de beneficiarios FONASA)

En el Cuadro 35 se muestra la distribución por tramos FONASA, de los beneficiarios totales FONASA y los beneficiarios FOFAR. De la primera, se cuenta con información para los años 2015 y 2016. Sin embargo, la comparación se realiza solamente para 2016 debido a que la distribución de la población FOFAR 2015 se considera anómala, como ya se señaló. Con respecto a la distribución de ambas poblaciones, se observan diferencias en todos los tramos, donde FOFAR registra participaciones menores a la de beneficiarios FONASA, con excepción del tramo B, que concentra su población beneficiaria, como se observó en el cuadro anterior. Comparando ambas distribuciones, puede afirmarse que los beneficiarios de FOFAR corresponden a los beneficiarios FONASA de menores ingresos, puesto que el 83,1% pertenece a los tramos ABC versus el 72,7% de los beneficiarios FONASA totales. Los cotizantes de estos tramos tienen ingresos menores a \$402.960. Por su parte, el tramo de ingresos superiores a este monto representa el 16,9% de los beneficiarios FOFAR, mientras que en los beneficiarios FONASA es 27,3%.

Cuadro 35: Distribución población beneficiaria FONASA y beneficiarios FOFAR, según tramos de ingreso FONASA, año 2016

Tramo	Beneficiarios totales FONASA		Beneficiarios totales FOFAR	
	N	%	N	%
A	3.253.015	23,9	196.803	12,9
B	4.546.228	33,4	895.342	58,8
C	2.090.189	15,4	173.566	11,4
D	3.709.207	27,3	256.949	16,9
A+B+C	9.889.432	72,7	1.265.711	83,1
A+B+C+D	13.598.639	100,0	1.522.660	100,0

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR. Los beneficiarios FONASA fueron obtenidos de FONASA. "Boletín Estadístico 2015-2016". Santiago, 2017.

2.4. Calidad (satisfacción de los beneficiarios efectivos, oportunidad, comparación respecto a un estándar)

El programa cuenta con información sobre reclamos totales (agregados a nivel nacional) asociados a la no entrega de medicamentos al momento en que los pacientes requieren su provisión por parte de los establecimientos APS.

Según ha informado FOFAR, mayoritariamente el perfil de quienes reclaman corresponde a los pacientes que han discontinuado su tratamiento, lo que significa que sus recetas ya no están disponibles y no asistieron al control médico, el que es agendado dependiendo de la compensación del paciente (puede ser cada dos, seis o doce meses). De este modo, para volver a recibir sus medicamentos mensualmente debe –previamente- concurrir a control con el médico, labor que el propio programa gestiona a través de una reasignación de una cita. Asimismo, destacan que pacientes que reciben parcialmente su receta (con

¹²¹ La categoría "Nulo" se refiere a beneficiarios sin información en la base FONASA en el año que se consulta. La categoría "X" corresponde a bloqueo FONASA al administrador en el reconocimiento de población inscrita validada.

dispensación para 15 días, aun cuando deben recibir dosis mensuales) no reclaman, ya que usualmente vuelven a farmacia a las 2 semanas siguientes, con objeto de recibir las dosis complementarias del mes.

En este contexto, la forma como se medirá el concepto de calidad será a través de ese indicador que está relacionado con el servicio efectivo de provisión dentro del tiempo estimado como óptimo por el programa (oportunidad de entrega).

El panel no tuvo a la vista datos desagregados por Servicio de Salud que permitieran medir y levantar distinciones a ese nivel. No obstante, y dado que la cantidad de reclamos es marginal respecto al total de recetas (Cuadro 36), se estima que trabajar a ese nivel de desagregación no aporta información que permita inferir conclusiones relevantes sobre la evolución de este indicador. Más aún, considerando que el propio programa declara que no debiera pasar aquello (ver explicación posterior), y como consecuencia, si actualmente sucede es porque el programa está en una etapa de consolidación a nivel nacional y por lo tanto, algunos establecimientos APS están en una fase de aprendizaje de manejos de stocks, que en el mediano plazo les permitirá satisfacer íntegramente los requerimientos de los pacientes oportunamente.

En la misma dirección anterior, el programa enfatiza que los reclamos existentes se deben, por una parte, a una pobre gestión de las farmacias, y por otra, a desabastecimientos parciales a nivel local. Estos antecedentes no pudieron ser validados por el panel, aunque parecen ser razonables.

Por otro lado, cabe citar que el programa no establece mediciones de satisfacción –usualmente medido a través de encuestas- debido a que no cuenta con recursos para realizar levantamientos de esa naturaleza.

En este marco y de acuerdo a la Orientación Técnica 2018¹²², actualmente el programa incluye un mecanismo para resolver los problemas de dispensación de medicamentos en el evento en que un establecimiento carezca de éstos en un momento en el tiempo. En efecto, bajo la premisa que en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria la existencia de estas fallas requiere un rápido y expedito mecanismo para obtener el medicamento, el programa hace la entrega el día hábil siguiente a la fecha en que no se pudo satisfacer el requerimiento.

En ese sentido, se han realizado actividades de capacitación y transferencia de conocimientos (que incluye seminarios -en una etapa inicial- y actividades de asesoría y seguimiento permanentemente por parte de los coordinadores del programa) con el fin de que los gestores del programa a nivel de Servicios de Salud y establecimientos APS aprendan a resolver en el mínimo tiempo posible las demoras en la entrega de los medicamentos, lo cual se realiza, preferentemente, vía préstamos horizontales entre los establecimientos APS pertenecientes a un Servicio de Salud.

Operativamente y con objeto de cumplir la auto-restricción o el umbral comentado de entrega de los medicamentos en el día posterior al requerimiento, el programa utiliza la plataforma web “Salud Responde”, en la cual se registran los reclamos, que está alojada en la web institucional del MINSAL¹²³.

Posterior al reclamo por vía electrónica o llamado telefónico, el programa incluye en su diseño una solución a nivel local (farmacia), quedando en manos del Servicio de Salud la gestión y monitoreo de ella. Tal como se mencionó en los párrafos anteriores, el plazo de entrega que considera el programa es el día hábil posterior a la fecha del reclamo.

En otras palabras, el programa ha establecido un mecanismo ordenado y jerárquico para resolver los reclamos, incluyendo la descripción específica del rol de las personas contratadas por FOFAR. Tal como se mencionó anteriormente, la medida remedial se implementa en la propia farmacia, y debe estar debidamente documentada, vía resolución de la Dirección del Establecimiento, la persona que la realizará, usualmente el Jefe de Farmacia.

Un nivel más arriba (nivel comunal y Servicio de Salud) debe existir un profesional encargado de gestionarlos. La persona encomendada a dicha labor debe ser informada a la División de Atención

¹²² Ver páginas 11 a 13 sección 2. Implementación de sistema expedito de solución a los reclamos de los usuarios ante la falta de entrega de medicamentos.

¹²³ Ver <http://www.minsal.cl/salud-responde/>

Primaria, de manera que cuando sucedan estos eventos “Salud Responde” pueda contactarlas directamente vía correo electrónico.

En suma, los reclamos deben ser resueltos por el personal de farmacia. Según consta en las especificaciones de cargo, los Químicos Farmacéuticos deben monitorear los reclamos y la forma como se resuelve, mientras el personal TENS debe asegurar la entrega de los fármacos y dar respuesta oportuna a los reclamos.

Por otro lado, el propio programa declara que, en el óptimo, la dispensación debiera ser oportuna permanentemente, lo que implica la no existencia de quiebres de stock. En consecuencia, según la “Orientación Técnica 2018” deben hacerse todos los esfuerzos necesarios para impedir esa coyuntura desfavorable. Como resultado, para evitar la existencia de reclamos cada establecimiento debe implementar y controlar la existencia de un stock mínimo de medicamentos y la atención permanente de la unidad de farmacia mientras atiende el establecimiento.

Por lo tanto, el sistema de reclamos incluye la difusión amplia del mecanismo de reclamo vía afiches instalados en lugares visibles de los establecimientos de APS, donde se informa cómo debe realizarse aquello, los números telefónicos de “Salud Responde” y quién está habilitado para hacerlo (paciente directo, algún familiar u persona relacionada con el paciente crónico). Asimismo, se informa de otros canales de reclamo tales como la página web del MINSAL y las Oficinas de Información y Orientación (OIRS) de cada centro asistencial.

Evaluación cuantitativa

Con objeto de evaluar cuantitativamente el número de reclamos efectivos para medir calidad -medido a través de cuán oportuna o rápida es la provisión-, el siguiente cuadro sintetiza el total de recetas, el total de llamados telefónicos recibidos en el Call Center, las recetas no cumplidas –en número y en porcentaje- y el número de reclamos recibidos por año. Con esa información se construyó un indicador de calidad del producto a nivel de Componente 1 que corresponde a reclamos por entrega insatisfecha en relación con el número de recetas. Antes de seguir el análisis, en la en la sexta columna del cuadro siguiente se destaca, el porcentaje de reclamos respecto al total de recetas dispensadas a nivel nacional. A través del tiempo, se observa una caída sistemática desde el 2014, lo que es consistente con la madurez del programa, y tal como se mencionó anteriormente con las economías de aprendizaje que se genera a través del tiempo de operación en el manejo de stocks críticos en bodega.

Cuadro 36: Número anual de llamados telefónicos y número de reclamos por recetas

Año (a)	Total de recetas (b)	Total llamados (c)	Llamados por 1 millón de recetas (d)=(c)/(b)	Recetas no cumplidas (e)	Porcentaje de recetas no cumplidas respecto a total de recetas	Números de Reclamos (f)	Reclamos por cada 10.000 recetas no cumplidas (g)=(f)/(e)
2014	8.316.714	347	42	374.306	4,5%	319	9
2015	17.778.280	436	25	181.293	1,0%	272	15
2016	17.908.723	1.247	70	106.531	0,6%	442	41
2017	18.317.645	271	15	142.227	0,8%	170	12
Total general	62.321.362	2.301	37	804.357	1,3%	1.203	15

Fuente: Elaboración del panel en base a información de FOFAR.

Volviendo al indicador proxy de calidad y las cifras mostradas arriba, y dado que el total de llamados y el número de reclamos son marginales respecto al número de recetas, se han parametrizado ambas variables respecto a una cantidad que permita leerlas de manera comprensiva. Usualmente este mecanismo se utiliza en descriptores cuyos resultados son menores que uno y muy cercanos a cero, tal como sucede en este caso. Como resultado, los llamados telefónicos se comparan respecto a 1 millón de recetas y el número de reclamos respecto a 10.000 recetas no cumplidas.

Esos indicadores muestran un promedio de 37 llamados por cada 1 millón de recetas (columna d), y 15 reclamos por cada 10.000 recetas no cumplidas (columna g), lo que demuestra un nivel de insatisfacción - a nivel de grandes números- tendiente a cero. Al mirar verticalmente esos indicadores se observa una evolución fluctuante a través del tiempo, pero con valores marginales respecto al parámetro de medición.

En otro orden, cabe mencionar que el programa también entregó al panel información sobre el costo estimado del tráfico de llamadas entre los pacientes y “Salud Responde”, que corresponde principalmente a gastos en personal de atención. En los 4 años se han gastado \$7,4 millones, con un costo estimado anual que no supera \$1,9 millones. En conclusión, estas cifras son marginales respecto a los montos asignados al programa por lo que, de acuerdo con el panel, no se puede inferir información importante a partir de estos costos.

En suma, a juicio del panel, este indicador muestra que el programa ha sido exitoso en cuanto a la gestión de sus medicamentos y el diseño considerado para atender los quiebres de stock a nivel de establecimientos APS, lo que ha permitido mantener un número de reclamos ínfimo respecto al total de recetas que se cursan en dichos establecimientos, consistente con el estándar técnico del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria comentado anteriormente.

Queda pendiente para el futuro realizar encuestas de satisfacción que permitan obtener una mirada desde la óptica del beneficiario, especialmente en aspectos como calidad de la atención del personal, tiempos de espera en fila, accesos a farmacias, entre otros.

3. ECONOMÍA

3.1. Fuentes y uso de recursos financieros

Presupuesto FOFAR y de la Institución Responsable

Como se señaló en el Capítulo I de esta evaluación, se ha determinado que el presupuesto de la Institución Responsable del FOFAR corresponde al de Atención Primaria de Salud (APS), debido a que las actividades de este programa se desarrollan en ese nivel de atención. El presupuesto de APS está compuesto por los recursos asignados al “Per Cápita” más “Programas de Reforzamiento a la APS”. Dentro de estos últimos se encuentra el programa analizado. De acuerdo a lo señalado en el Cuadro 11, el presupuesto inicial asignado al FOFAR representa el 2,3% del presupuesto de APS en 2014, que corresponde al año de inicio del programa. Este porcentaje se incrementó a 2,7% en 2016 para bajar a 2,5% los dos años siguientes.

Al relacionar el presupuesto de FOFAR con el de los Programas de Reforzamiento, se observa que en 2018 su participación alcanza al 8,3%, año en que se registra el menor porcentaje del período en análisis. En 2014, FOFAR representó el 9,6% del total de los Programas de Reforzamiento, participación que subió en los dos años siguientes a 12,5% y 12,6%, respectivamente, para bajar en 2017 a 11,4%. Entre 2014 y 2018 la participación ha disminuido en 14,1%. Estas variaciones son producto de los importantes incrementos observados en los presupuestos de los Programas de Reforzamiento, en especial en el año 2018, y que en el período ascienden a 70,3%. Estos aumentos han sido mayores proporcionalmente a los del FOFAR (46,2%, Cuadro 12).

Fuentes de Financiamiento

Los recursos financieros del programa están contenidos en la Ley de Presupuesto del Sector Público¹²⁴ y constituyen su principal fuente de financiamiento (Cuadro 37). Tienen como propósito garantizar la disponibilidad de recursos para solventar los gastos asociados a este programa, entre los meses de enero y diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado. Financia las siguientes actividades:

¹²⁴ Partida 16 correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 (establecimientos dependientes de Servicios de Salud) y glosa 02 (establecimientos de administración municipal).

Tabla 6: Actividades financiadas según componentes del programa

Componente 1
Medicamentos definidos en el listado referencia de medicamentos por patología y que están señalados en las canastas ¹²⁵ de las tres patologías que considera el programa. Insumos y dispositivos de uso médico para la curación de pie diabético. Recursos para mejorar las condiciones de almacenamiento de los medicamentos. Acciones destinadas a fortalecer la adherencia de beneficiarios a los tratamientos farmacológicos.
Componente 2
Recursos humanos Químicos Farmacéuticos y TENS encargados de fortalecer la gestión de farmacia y labores de acompañamiento y supervigilancia en los Servicios de Salud y comunas.

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR

El presupuesto se calcula en base a la población bajo control del PSCV, del cual forman parte los beneficiarios de FOFAR. Para cada año, se basa en el presupuesto del año anterior (histórico) más la expansión aprobada por el Ministerio de Hacienda para el año siguiente. El panel considera que este criterio de asignación recursos pareciera ser adecuado y pertinente por cuanto corresponde a la población objetivo que el programa se ha propuesto atender, lo que aporta favorablemente al logro del propósito. Sin embargo, no se contó con antecedentes para validar este juicio.

El programa se ejecuta en establecimientos APS que pueden ser de dependencia administrativa de Servicios de Salud o Municipal, o corresponder a ONGs y Organizaciones sin fines de lucro. Para ello, los recursos son transferidos por FONASA a los Servicios de Salud, quienes ejecutan el programa en sus propios establecimientos o suscriben convenios con municipalidades y ONG's. Las actividades destinadas al apoyo a la adherencia al tratamiento constituyen una excepción, por cuanto su presupuesto no es transferido a los Servicios de Salud, sino que se ejecuta en el nivel central del MINSAL.

Cada año, los recursos son asignados por el nivel central del MINSAL a los presupuestos de los Servicios de Salud mediante Resolución Exenta, asignación que se distribuye en los Sub Títulos 21 (Recursos Humanos), 22 (Bienes y Servicios de Consumo) y 24 (Transferencias).

La asignación por Sub Título se efectúa, en el caso de los gastos en personal, en base a la valorización de los recursos humanos que financiará el programa en cada Servicio (profesionales QF y TENS), de los establecimientos de dependencia de SS. En el caso de los bienes y servicios de consumo, corresponden a la valorización de la canasta de medicamentos e insumos, en base a un precio promedio proporcionado por CENABAST, también para la atención en establecimientos de dependencia de SS. En el ST 22 también se incluye el gasto por Compra de Servicios, mecanismo utilizado para el mejoramiento de bodegas. Con respecto a las transferencias, financian la actividad de los establecimientos en convenio con el SS, las que pueden ser gastadas en personal y en bienes y servicios de consumo. A este subtítulo se imputa el gasto en medicamentos de establecimientos municipalizados¹²⁶, así como también las compras de servicios. Se considera que lo descrito es un mecanismo adecuado de asignación de recursos por subtítulos y por SS, porque se basa en información de estimaciones de costos de las actividades a financiar, la cual se evalúa que es objetiva, clara y pertinente¹²⁷.

En el Cuadro 37 se presenta el presupuesto del programa para el período 2014 y 2018. La línea 1.1 contiene la asignación específica del programa contenida en la Ley de Presupuesto de cada año, que en 2018 alcanza a 40.949,6 millones de pesos y constituye el 99,9% del total. En la línea 1.2 se muestran los gastos estimados por el programa para su gestión en el nivel central del MINSAL, los que representan el 0,1% en 2018. Corresponden a los recursos humanos que son financiados con el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El presupuesto del programa en 2018 alcanza a \$40.996 millones 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

¹²⁶ Ver Tablas 7 y 8 del Anexo 3.

¹²⁷ Ver Anexo 3, letra C.

por la combinación de dos factores: incremento de la población bajo control del PSCV y actualización del costo de las canastas.

En relación con el incremento de la población bajo control de PSCV, la estimación del presupuesto 2015 consideró una cantidad de población bajo control menor a la que reportaron los registros REM 2014 (información disponible al momento de estimar el presupuesto 2016), lo que se tradujo en un 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.

Con respecto a la actualización del costo de las canastas de medicamentos e insumos, al inicio del programa FOFAR el presupuesto en medicamentos se estimó considerando el valor 2013 de éstos, información proporcionada por CENABAST. En la estimación para 2016 se usaron los valores proporcionados por la Unidad de Estudios de CENABAST, la cual entregó un valor por unidad ponderado, construido por los volúmenes de compras observados en Mercado Público de transacciones realizadas entre CENABAST e instituciones sujetas a Compras Públicas. El tiempo de observación fue entre enero y diciembre de 2014. Se aprecia un alza importante en algunos medicamentos en comparación con 2013, la que puede explicarse por la implementación de la Bioequivalencia, a pesar de que no existen aún estudios concluyentes en Chile¹²⁸. Esto llevó a compras obligadas de medicamentos innovadores o de referencia, como Ácido Acetil Salicílico de BAYER (Aspirina), lo que implicó que el costo de la canasta de tratamiento por paciente/año, en el caso de la Dislipidemia, se incrementó de \$7.675 a \$11.432 y para la Diabetes Mellitus 2, el aumento fue de \$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 que registra el alza más importante, 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.

¹²⁸ Medicamentos en Chile: Revisión de la evidencia del mercado nacional de fármacos. Centro Nacional de Farmacoeconomía, ISP Diciembre 2013

Cuadro 37: Fuentes de Financiamiento del programa, 2014-2018 (Miles de \$ 2018)

Fuentes de Financiamiento	2014		2015		2016		2017		2018		Variación 2014-2018
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestas	28.055.459	100,0%	29.317.022	100,0%	38.593.255	100,0%	39.598.700	100,0%	40.996.349	100,0%	46,1%
1.1. Asignación específica al Programa	28.015.637	99,9%	29.273.644	99,9%	38.547.725	99,9%	39.551.986	99,9%	40.949.635	99,9%	46,2%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	39.822	0,1%	43.378	0,1%	45.530	0,1%	46.714	0,1%	46.714	0,1%	17,3%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
2. Extrapresupuestarias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Total	28.055.459	100,0%	29.317.022	100%	38.593.255	100%	39.598.700	100%	40.996.349	100%	46,1%
Variación %			4,5%		31,6%		2,6%		3,5%		

Fuente: FOFAR

Análisis del gasto (transferencias)

El gasto del programa es ejecutado por los Servicios de Salud. Para ello, FONASA les transfiere su presupuesto, momento en que, para el nivel central, éste queda devengando. Los SS ejecutan los recursos, ya sea directamente en centros de salud de su dependencia, o bien son transferidos mediante convenios a los municipios, en el caso de la atención en centros de salud municipalizados y ONG's¹²⁹. Los convenios establecen la obligación de que los municipios rindan cuenta a los Servicios de Salud de su gasto¹³⁰, lo que significa que es en esta instancia donde se conoce el nivel efectivo del gasto ejecutado por el programa. Estas rendiciones quedan en los SS, organismos que no tienen la obligación de rendir sus gastos al nivel central de FOFAR, por lo que el programa no es informado sobre esta materia. Por su parte, el gasto que realizan los SS en los centros de su dependencia se rinde en el sistema SIGFE¹³¹ en conjunto con la totalidad de los gastos que ejecutan los SS, sin diferenciar los recursos FOFAR.

¹²⁹ Ver Anexo 3, Mecanismos de transferencia de recursos.

¹³⁰ Resolución 30 de 2015 de Contraloría General de la República.

¹³¹ Sistema de Gestión Financiera del Estado.

Por las razones expuestas, el programa no cuenta con información sobre el gasto devengado por las unidades ejecutoras (Servicios de Salud, municipalidades y ONG's) respecto al presupuesto asignado. Ello se evalúa como una debilidad del programa, ya que impide realizar una evaluación de la programación financiera que se efectúa en el nivel central, en términos de la suficiencia y pertinencia de las asignaciones presupuestarias efectuadas, así como también de los criterios utilizados en estas asignaciones. Cabe señalar que esta situación responde a la normativa vigente (Transferencias de recursos en ST 24 y no obligatoriedad de SS de rendir al nivel central del MINSAL), la que afecta a todos los programas de reforzamiento de la APS (PRAPS) que se ejecutan en los establecimientos municipalizados de salud, mediante convenios.

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 Servicios de Salud respecto de la ejecución de los recursos FOFAR y resto de programas PRAPS. Sin embargo, este proceso está sujeto a la disposición de los SS de enviar la información requerida, por lo que no ha sido posible completar los datos. Los resultados obtenidos a la fecha son parciales y se encuentran en etapa de validación por parte del MINSAL, por lo que no fue posible utilizarlos en la presente evaluación. Se evalúa que esta iniciativa es una contribución importante a mejorar la gestión financiera del programa en el nivel central y se espera que pueda concretarse en el corto plazo.

En el siguiente cuadro se presenta el gasto distribuido por subtítulo, que en 2017 alcanzó a M\$39.630 millones y ha experimentado un crecimiento del 41,5% entre 2014 y 2017.

Los gastos en personal (ST 21) corresponden a los recursos ejecutados en los Servicios de Salud para financiar a los profesionales Químicos Farmacéuticos y TENS, aportados por el programa para el mejoramiento de la gestión de farmacia. Estos gastos fluctúan entre el 4,2% y el 6,4% del total, mostrando un incremento del 43,6% entre 2014 y 2017.

El gasto en bienes y servicios de consumo (ST 22) se presenta desagregado en "Mensajería" y "Resto de bienes y servicios de consumo". Ello se debe 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" corresponde a los gastos que ejecutan los SS en centros de salud de su dependencia. Están compuestos principalmente por el gasto en medicamentos e insumos médicos que forman parte de las canastas de atención, así como también de aquellos destinados al mejoramiento de los lugares de almacenamiento, que se imputan a este ST, debido a que se realizan bajo la modalidad de Compra de Servicios.

Como se puede observar, los gastos en Bs. y Ss. de Consumo representan el 32% del total en el año 2017 y han experimentado un descenso del 21,6% en el período evaluado. Ello se explica por la disminución del 28,3% del rubro "Resto de bs. y ss. de Consumo" lo que se explica porque en 2014, año de inicio del programa, fue necesario incurrir en gastos de instalación¹³², lo que significó que su participación alcanzó al 52% del gasto total del programa. Estos gastos se estabilizan en los tres años siguientes entre 25,6% y 27,7% del total. El mayor aumento en este rubro de gasto ocurre en el año 2016, lo que se explica por el alza en el costo de las canastas de medicamentos, ya descrita. En relación a los gastos de Mensajería, representan el 5,6% del total en 2017 y han aumentado 39,6% desde 2014.

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. Constituyen el mayor porcentaje del gasto en todos los años exceptuando 2014, donde el gasto en bienes y servicios de consumo lo supera debido a que incluye gastos de instalación. Representan cerca del 60% del total y ha crecido en 136,5% en el período en evaluación, con aumentos sostenidos en todos los años evaluados. 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

¹³² Entre los principales se encuentran los gastos en medicamentos e insumos para iniciar el stock crítico que deben mantener los SS con el objeto de asegurar la provisión a beneficiarios. Estos gastos alcanzaron a M\$ 4.953.325,6 (valor actualizado a pesos 2018).

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.

El gasto en inversión está destinado al mejoramiento de bodegas y su equipamiento en SS y consultorios. Solo se asignaron recursos en este ST en los años 2015 y 2016, práctica que se discontinuó ya que, en opinión del programa, había dificultades operativas para ejecutar los gastos en forma oportuna. A partir de 2017 el mejoramiento de infraestructura se ejecuta con cargo al ST 22, por la vía compra de servicios.

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 al inicio de esta sección, relativas a que se trata de gasto devengado en el nivel central del MINSAL.

Cuadro 38: Desglose del Gasto Devengado (Transferencias)¹³³ en Personal, Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros 2014-2017 (Miles de \$ 2018)

Desglose	2014		2015		2016		2017		Variación 2014-2017
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Personal	1.164.663	4,2	1.865.244	6,4	1.692.479	4,5	1.671.959	4,2	43,6
2. Total Bs.Ss. Consumo	16.158.745	57,7	9.860.914	33,7	12.638.995	33,8	12.665.239	32,0	-21,6
2.1. Mensajería	1.592.543	5,7	2.354.812	8,0	2.272.734	6,1	2.223.844	5,6	39,6
2.2. Resto Bs. y Ss. Consumo	14.566.202	52,0	7.506.102	25,6	10.366.261	27,7	10.441.395	26,3	-28,3
3. Transferencias	10.692.229	38,2	17.345.686	59,3	22.761.710	60,9	25.292.453	63,8	136,5
4. Inversión	0	0,0	201.803	0,7	304.150	0,8	0	0,0	
Total Gasto Devengado (suma 1+2+3+4)	28.015.637	100,0	29.273.648	100,0	37.397.334	100,0	39.629.651	100,0	41,5

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

A continuación, se presenta el gasto de producción por componente del programa, para los cuatro años evaluados. En el Componente 1 se imputan los gastos de medicamentos e insumos, y un ítem general, llamado por el programa "Contingencia" que incluye los gastos por servicios mensajería, mejoramiento de bodegas y gestión de tablero de mando. El Componente 2 contiene los gastos de personal (QF y TENS).

En el Componente 1, el gasto en servicio de mensajería presenta desfases entre el año en que se asignaron los recursos y la ejecución efectiva del gasto en mensajes. Según lo informado por FOFAR, con el presupuesto del 2014 se financió la campaña de mensajería del 2015 y con financiamiento del 2015 se financió la campaña del 2016. Con presupuesto de este año se financió un estudio del INTA, destinado a diseñar y validar mensajes para apoyar el tratamiento y mejorar la adherencia¹³⁴. Finalmente, en el año 2017 existió un retraso en el inicio ya que los recursos quedaron detenidos por una restricción presupuestaria del programa. Como resultado, la campaña desde enero a abril fue realizada con remanentes de la bolsa del año anterior, luego, desde mayo se inició la gestión de cita en forma parcial, mientras que la mensajería masiva sólo se reinició en octubre.

Por su parte, el resto del Componente 1 concentra la mayor parte del gasto con un promedio de 86,1%. Se observa un aumento importante en el año 2016, lo que se explica por el alza en el costo de las canastas de medicamentos y aumento de beneficiarios ya descritos, por lo que se evalúa que las variaciones observadas son consistentes con ello.

¹³³ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro "Fuentes de Financiamiento del programa".

¹³⁴ Diseño y validación de mensajes que apoyen el tratamiento y mejoren la adherencia de los usuarios para los programas ministeriales Cardiovascular, Salud Mental y Vida Sana. Licitación Pública ID 4127-8-LE16.

En cuanto al Componente 2, su gasto representa entre el 9,3% y 13,4% del total, en los años evaluados. Presenta una tendencia creciente, con excepción del año 2016 en que prácticamente se mantiene con respecto al anterior, para luego crecer en forma importante en 2017. Ello es consistente con el aumento que se verifica en la incorporación de este personal profesional en la gestión farmacéutica del programa, lo que se evalúa en forma adecuada.

Cuadro 39: Gasto (Transferencias) Total¹³⁵ por Componente 2014-2017 (Miles de \$ 2018)

Año	Componente 1						Componente 2		Gasto total FOFAR	
	Gastos Mensajería		Resto gastos Comp. 1		Total gastos Componente 1		M\$	%	M\$	%
	M\$	%	M\$	%	M\$	%				
2014	1.167.848	4,2	24.248.541	86,6	25.416.389	90,7	2.599.248	9,3	28.015.637	100,0
2015	738.563	2,5	24.929.850	85,2	25.668.413	87,7	3.605.234	12,3	29.273.647	100,0
2016	1.044.302	2,8	32.662.692	87,3	33.706.994	90,1	3.690.340	9,9	37.397.334	100,0
2017	560.033	1,4	33.768.458	85,2	34.328.491	86,6	5.301.160	13,4	39.629.651	100,0
Variación 2014-2017	-53,0		39,3		35,1		103,9		41,5	

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

3.2. Ejecución presupuestaria del programa

En el Cuadro 40 se presentan los presupuestos Inicial y Devengado¹³⁶ para cada año en análisis¹³⁷, los que muestran leves variaciones entre sí en los años 2016 y 2017. Como se señaló anteriormente, los gastos se devengan en el momento en que el nivel central hace la transferencia a los SS y ello explica que todos los años es cercano al 100%. Como se puede apreciar, el porcentaje de ejecución presupuestaria respecto del presupuesto vigente es 100% en todos los años, con excepción de 2016 que alcanza al 97,1% y 2017 con 97,6%.

**Cuadro 39: Ejecución presupuestaria
Presupuesto inicial, presupuesto vigente y gasto devengado (Transferencias) (M\$ 2018)**

	2014	2015	2016	2017
Presupuesto inicial	28.015.637	29.273.644	38.547.725	39.551.986
Presupuesto vigente	28.015.637	29.273.644	38.497.915	40.586.155
Devengado del presupuesto	28.015.637	29.273.648	37.397.334	39.629.651
% Ejecución Presupuesto Inicial	100,0	100,0	97,0	100,2
% Ejecución Presupuesto Vigente	100,0	100,0	97,1	97,6

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

En el Cuadro 41 se presenta la ejecución presupuestaria del programa para el periodo 2014-2017, calculada con respecto al presupuesto inicial y al presupuesto vigente, diferenciada por subtítulo.

Las cifras muestran que el presupuesto asignado al gasto en personal fue ejecutado en alrededor del 100% en todos los años en análisis, con leves variaciones entre el presupuesto inicial y el vigente. Como es esperable, el porcentaje de ejecución es más cercano a 100% al hacer la relación con el presupuesto

¹³⁵ Incluye las tres fuentes de gasto: gasto devengado del presupuesto asignado, gasto de transferencias de otras instituciones públicas y aporte de terceros (recursos consignados en 2, Extrapresupuestarias, del cuadro Fuente de Financiamiento del programa). No incluye información de gastos de administración.

¹³⁶ El Presupuesto Devengado es aquel que considera las modificaciones presupuestarias que se introdujeron al Presupuesto Inicial, durante el año. Estas se realizan por RE del MINSAL: RE 677 de 18.06.2014 modifica RE 559 de 2014, RE 769 de 14.06.2016 modifica RE 331 de 2016, RE 1507 de 30.12.2016 modifica RE 371 de 2016, RE 1405 de 12.12.2017 modifica RE 511 de 2017.

¹³⁷ Corresponden al Presupuesto de la Asignación Específica del Programa, línea 1.1 del Cuadro 38. No incluye los gastos de asignaciones de otras fuentes de financiamiento (líneas 1.2 y 1.3 del cuadro 29), debido a que estas cifras no provienen de un presupuesto, sino que son estimaciones de gasto.

vigente, por cuanto éste refleja las modificaciones presupuestarias efectuadas en el año. Cabe señalar que en el año 2017 registra un porcentaje levemente superior al presupuesto vigente, debido a que el programa recibió recursos provenientes del Programa Dispensadores Automáticos¹³⁸, recursos que no quedaron registrados en el presupuesto FOFAR.

La ejecución presupuestaria en bienes y servicios de consumo también muestra porcentajes cercanos al 100%, con excepción del año 2016, donde ésta fue de 91,6% con respecto al presupuesto vigente. Ello se debió a la tardanza en la tramitación de las RE que aprueban la expansión del presupuesto, lo que impidió la ejecución de la totalidad de los recursos.

Las transferencias, por su parte, muestran que en el año 2017 la ejecución alcanzó a 96,9%, situación que obedece a tardanza en la tramitación de la RE que aprueba la expansión presupuestaria.

El presupuesto del programa consideró recursos para Inversión solo en los años 2015 y 2016, los que fueron ejecutados en 100%.

En general, se considera que, debido a que las cifras presentadas corresponden a las transferencias a SS, la ejecución presupuestaria es adecuada ya que es cercana al 100% en casi todos los casos y las excepciones que se observan están bien fundamentadas.

**Cuadro 40: Ejecución presupuestaria por subtítulo
Presupuesto inicial, presupuesto vigente y gasto devengado (Transferencias) (M\$ 2018)**

S.T.	PPTO. y DEVENG.	2014	2015	2016	2017	2018
PERSONAL	Presupuesto inicial	1.170.059	1.862.512	1.762.440	1.654.117	1.610.628
	Presupuesto vigente	1.164.663	1.865.244	1.712.628	1.652.822	
	Devengado del presupuesto	1.164.663	1.865.244	1.692.479	1.671.959	
	% Ejecución Presupuesto Inicial	99,5	100,1	96,0	101,1	
	% Ejecución Presupuesto Vigente	100,0	100,0	98,8	101,2	
BS. Y SS. CONSUMO	Presupuesto inicial	16.378.647	5.279.949	12.604.131	13.781.373	13.489.992
	Presupuesto vigente	16.158.744	9.860.914	13.591.872	12.824.646	
	Devengado del presupuesto	16.158.744	9.860.914	12.638.995	12.665.238	
	% Ejecución Presupuesto Inicial	98,7	186,8	100,3	91,9	
	% Ejecución Presupuesto Vigente	100,0	100,0	93,0	98,8	
TRANSFERENCIAS	Presupuesto inicial	10.466.931	22.131.183	24.181.155	24.116.496	25.849.015
	Presupuesto vigente	10.692.229	17.345.682	22.889.264	26.108.687	
	Devengado del presupuesto	10.692.229	17.345.686	22.761.710	25.292.453	
	% Ejecución Presupuesto Inicial	102,2	78,4	94,1	104,9	
	% Ejecución Presupuesto Vigente	100,0	100,0	99,4	96,9	
INVERSIÓN	Presupuesto inicial	0	0	0	0	0
	Presupuesto vigente	0	201.805	304.150	0	0
	Devengado del presupuesto	0	201.803	304.150	0	0
	% Ejecución Presupuesto Inicial					
	% Ejecución Presupuesto Vigente		100,0	100,0		
TOTAL	Presupuesto inicial	28.015.637	29.273.644	38.547.725	39.551.986	40.949.635
	Presupuesto vigente	28.015.637	29.273.644	38.497.915	40.586.155	
	Devengado del presupuesto	28.015.637	29.273.648	37.397.334	39.629.651	
	% Ejecución Presupuesto Inicial	100,0	100,0	97,0	100,2	
	% Ejecución Presupuesto Vigente	100,0	100,0	97,1	97,6	

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

¹³⁸ El programa Dispensadores Automáticos, consistía en la dispensación automática de medicamentos ubicados en establecimientos APS y fue objetado por la Contraloría General de la República.

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 vigente¹³⁹, los Servicios de Salud 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 alcanzado por 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 medida. 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 presupuesto¹⁴⁰, 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.

3.3. Aportes de Terceros

El programa no cuenta con aportes de terceros.

3.4. Recuperación de Gastos

El programa no recupera gastos, lo que se considera adecuado, ya que la atención a beneficiarios en APS es gratuita, en virtud de lo establecido en la ley¹⁴¹ que dispone una contribución del Estado del 100% en dicho nivel de atención.

¹³⁹ 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.

¹⁴⁰ 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).

¹⁴¹ Estatuto de Atención Primaria de Salud, Ley 19.368 de 1995.

4. EFICIENCIA

4.1. A nivel de resultados intermedios y finales

El análisis de eficiencia del programa se hará considerando su producto final, la entrega de medicamentos a beneficiarios, ya que ello da cuenta del propósito del programa. Para tal efecto y considerando las especificaciones del programa, el panel estimó que una contribución de FOFAR sería la obtención de precios competitivos en las compras públicas de los productos farmacéuticos a través del tiempo, variable que fue considerada como *proxy* para medir el nivel de eficiencia del programa, lo que se justifica en un contexto en donde se asignan -al menos- recursos ciertos a los Servicios de Salud y establecimientos APS¹⁴² anualmente.

Para medir cuan eficiente ha sido el programa a nivel de resultados intermedios y finales, se utilizarán indicadores *proxi* al no contar con información que permita construir y menos comparar el FOFAR con indicadores de otros programas relacionados tanto a nivel nacional como internacional, ni tampoco con otras variables relevantes que permitieran medir en un contexto inter-temporal ese indicador.

Como resultado, el panel siguió el camino siguiente con la información disponible y los requerimientos de DIPRES para esta evaluación. En efecto, considerando que el propósito del programa es la dispensación de medicamentos a sus beneficiarios, se solicitó información sobre los precios pagados por los 3 medicamentos que lideran el gasto por patología debidamente desagregado por distintos descriptores estadísticos. Como resultado el programa entregó esa información cuantitativa para 6 medicamentos, con los precios pagados a las 2 fuentes del origen de su provisión (CENABAST y Mercado público –que corresponde a ventas privadas vía licitación pública o Convenios Marco¹⁴³). Con esa información se construyeron indicadores de precios relativos e indicadores relativos en términos del presupuesto del programa y los gastos devengados, los que son expuestos y comentados en Anexo 13, a objeto de establecer el impacto de FOFAR sobre el nivel de precios de los medicamentos y precios relativos CENABAST – Mercado Público.

En el Cuadro 42 se muestran los precios CENABAST-mercado público para los 6 medicamentos en estudio y la relación de sustitución de mercado entre ambos precios. Como resultado, se observa una diferencia de nivel entre ambos precios, siendo los establecidos vía mercado público (compras a proveedores privados) más altos que aquellos de CENABAST, con una frecuencia de 9 precios en torno al 20% ($px/py=1,2$) y una frecuencia de 5 en torno al 10% ($px/py=1,1$). Existen 3 precios de excepción, de los cuales 2 se observan en el 2014. Estos corresponden a diferencias de más de 4 veces para la Aspirina y Carvedilol, lo que merece más atención por parte del panel.

¹⁴² Como no existe línea base que aporte información de los recursos asignados a estas patologías antes del lanzamiento del programa, no es posible comparar la cuantía de recursos bajo la modalidad del pér-capita.

¹⁴³ Corresponde a un convenio entre Chile Compras y proveedores privados. Para más detalle ver <http://www.mercadopublico.cl/Home/Contenidos/TiendaBuscador/>

**Cuadro 41: Precio Promedio Ponderado compras Mercado público versus precios CENABAST
(\$reales 2018=100)**

Medicamento	Unidad física	Patología	PPP 2014	PPP 2015	PPP 2016	PPP 2017	Variación % 2017-2014
A.A Salicilico 100MG CM/CM REC/CM MAST/CP	varios formatos, 100 mg.	HTA					
CENABAST			2,27	14,62	12,80	11,65	413,8
Mercado Público			11,08	15,61	14,37	13,62	22,9
Relación precio mercado/precio CENABAST			4,9	1,1	1,1	1,2	-75,5
Amlodipino 5 MG CM/CM REC.	Comprimido recubierto, 5 mg.	HTA					
CENABAST			s.i.	27,16	22,62	18,89	-30,5
Mercado Público			25,58	24,85	26,38	22,57	-11,8
Relación precio mercado/precio CENABAST			s.i.	0,91	1,2	1,2	31,9
Atorvastatina 20 MG GG/CM/CM REC	varios formatos, 20mg	Dislipidemia					
CENABAST			22,51	22,83	25,15	23,59	4,8
Mercado Público			27,23	26,40	24,89	22,60	-17,0
Relación precio mercado/precio CENABAST			1,2	1,2	1,0	1,0	-16,7
Carvedilol 25 MG CM/CM REC.	Comprimido recubierto, 25 mg.	HTA					
CENABAST			22,97	30,62	39,79	37,27	62,3
Mercado Público			103,75	45,11	44,35	39,72	-61,7
Relación precio mercado/precio CENABAST			4,5	1,5	1,1	1,1	-75,6
Losartan 50 MG CM/CM REC	Comprimido recubierto, 50 mg.	HTA					
CENABAST			6,77	7,49	9,08	9,28	37,0
Mercado Público			12,58	11,61	10,91	10,27	-18,4
Relación precio mercado/precio CENABAST			1,9	1,6	1,2	1,1	-42,1
Metformina 850 MG Comprimido recubierto	Comprimido recubierto, 850 mg.	DMT2					
CENABAST			13,26	15,16	13,90	14,23	7,3
Mercado Público			15,25	14,95	17,17	17,25	13,0
Relación precio mercado/precio CENABAST			1,2	1,0	1,2	1,2	0,0

Nota: En el caso del medicamento Amlodipino, la variación porcentual corresponde al período 2015-2017 ya que de acuerdo a la información de FOFAR, en el 2014 no hubo compras de ese comprimido.

Fuente: Elaboración del panel en base a información del programa.

Según el programa, las diferencias de precios de la aspirina se explicarían por la Ley de bioequivalencia que comenzó a operar el 2014, y que en la práctica significa que las marcas dominantes, -en este caso la marca patentada u original Bayer-, aprovechan esa oportunidad para diferenciarse de los bio-equivalentes vía aumentos de precios, de manera tal, que en la percepción de los pacientes quede la impresión que ellos son de mayor calidad respecto a los medicamentos sustitutos entrantes, los cuales compiten en una franja de muchas marcas competitivas, lo que redundaría en menores precios para estas etiquetas.

En el caso del Carvedilol, no se dispone de información cualitativa que permite explicar el nivel de precios observado el 2014, considerando que los precios posteriores son casi 60% más bajos.

En un contexto intertemporal, al analizar la canasta que se tuvo a la vista, se observa una clara tendencia a la baja en los precios pagados vía mercado público al menos para 4 productos (la excepción son aspirina y metformina), lo que reflejaría que el mecanismo de licitación pública tiene un impacto positivo en el nivel de competencia de los proveedores, quienes compiten agresivamente cargando menores precios por sus productos. En contraste, en 5 de los medicamentos los precios de CENABAST se han incrementado (la excepción es amlodipino), lo que en consecuencia significa que las compras vía ese canal han sido menos competitivas a través del tiempo. Como resultado, la relación de precios decreció para 4 medicamentos, 1 se mantuvo constante (metformina) y sólo 1 se incrementó. En este último caso (Amlodipino), la tendencia de precios ha ido a la baja sistemáticamente, pero con bajas de mayor magnitud en el caso de precios CENABAST (-30%) en comparación a los precios obtenidos en mercado público (-12%).

Mirando particularmente los medicamentos, más allá de la aspirina y carvedilol comentado anteriormente, se observa lo siguiente. En el caso de la atorvastatina los precios se han ido emparejando a través del tiempo vía incrementos en los precios CENABAST versus caídas sistemáticas vía mercado público. Para Losartan se observa una tendencia a la baja permanente en los 4 años, llegando a una contracción de 18% en el período de análisis. En contraste, el precio vía CENABAST muestra la tendencia opuesta, con un incremento de 37%, lo que, en suma, ha llevado a que la relación de precios relativos baje en 42%.

De acuerdo a lo expuesto, el panel valida parcialmente la hipótesis inicial que los Servicios de Salud y establecimientos APS, al contar con un presupuesto cierto, les permite licitar de mejor forma sus compras, *ceteris paribus el resto*, y como consecuencia, disminuir los precios pagados de los medicamentos requeridos.

Al comparar la información de precios por canal de distribución, se demuestra que los precios unitarios pagados a CENABAST por un medicamento generalmente son más bajos -en nivel- que aquellos pagados a adjudicatarios privados de licitaciones públicas, por lo que la asignación de recursos se haría más eficiente si se usara el primer canal por sobre el privado. No obstante, esa conclusión se ha ido suavizando a través del tiempo con bajas importantes de los precios privados lo que ha llevado la relación de precios relativos (Precio CENABAST versus Precio Mercado Público) a una razón cercana a 1,1 (10% de diferencia).

Igualmente, es destacable que en el caso de medicamentos líderes en cuanto a peso relativo en el gasto de la canasta considerada en el FOFAR (sólo 6 medicamentos - de un total de 15 existente en la canasta FOFAR- pesan 61,8% de ese ítem¹⁴⁴, incluyendo insumos médicos), mínimas diferencias de precios pueden ahorrar una alta cantidad de recursos al FOFAR (ver caso de Losartan en Anexo 13) y como consecuencia, pueden quedar disponibles para reasignarlos a productos farmacéuticos relativamente más escasos en las condiciones actuales.

En suma, el panel evalúa satisfactoriamente el rol que ha tenido el programa en la sostenida baja de precios que se observa a nivel de compras privadas vía licitación pública, *ceteris paribus el resto*.

En el caso, de las compras vía CENABAST, el panel no puede pronunciarse, debido a que los precios de lista traspasados a los establecimientos públicos responden a decisiones de política económica de esa institución y, por lo tanto, los SS y establecimientos APS son meros tomadores de precios. No obstante,

¹⁴⁴ Ver Anexo 13.

llama la atención el alza de estos precios a través de tiempo, lo que viene a acentuar el menor precio relativo que se observa en la relación entre el precio privado y el precio CENABAST.

4.2. A nivel de actividades y/o componentes. Relaciona gastos con productos

La relación de gastos con productos se analizará diferenciada por componentes, los que desarrollan distintas líneas de actividades (producción). El Componente 1 financia las siguientes: recetas cumplidas, mejoramiento de bodegas y servicios de mensajería. Por su parte, en el Componente 2 se considera el financiamiento para la gestión de farmacia e incluye el gasto en contratación de personal profesional (QF y TENS).

Para efectuar el cálculo del gasto promedio por unidad de producto se siguió las siguientes especificaciones metodológicas. En el caso del Componente 1 se dispone de información desagregada de los gastos por servicios de mensajería, por ser gestionados en el nivel central del MINSAL. El resto de los gastos de este componente no están desagregados por línea de actividad (medicamentos e insumos, mejoramiento de bodegas), como ya se ha señalado. En el caso del Componente 2, se dispone de información de su gasto.

El Cuadro 43 presenta el gasto promedio por unidad de producto, que se obtuvo de dividir el gasto total de cada línea de producción, por el correspondiente número de actividades. Como se puede observar, el gasto promedio por mensaje es de M\$ 0,7 y M\$0,6¹⁴⁵ en 2016 y 2017, respectivamente, lo que se considera elevado. El panel no tuvo acceso a información sobre el número de otras líneas de producción del Servicio de Mensajería de hábitos saludables y recordatorio para el retiro de medicamentos, por lo que los cálculos presentados estarían sobrevalorados. Como resultado, esa omisión explicaría el elevado gasto unitario en mensajería que se muestra en el cuadro siguiente. Cabe señalar que los años 2014 y 2015 registran gastos en mensajería, pero no se contó con datos de producción, lo que se evalúa como una inconsistencia.

El resto del gasto del Componente 1 se dividió por el número de recetas, como un indicador trazador de la producción del componente. Se debe tener presente, sin embargo, que el resto del gasto también contiene gastos de mejoramiento de bodegas –usualmente expansiones o mejoras en temas de seguridad-, cuya desagregación no estuvo disponible para el panel, como ya se señaló en la sección Economía. El resultado indica que el primer año de ejecución del programa este gasto es más del doble de los años siguientes, lo que podría explicarse por los gastos de instalación, donde el abastecimiento de medicamentos e insumos para equipar las bodegas de stock crítico constituyen un importante volumen del gasto¹⁴⁶. Se aprecia una estabilidad en este costo promedio en los dos últimos años evaluados, lo que se considera adecuado.

Con respecto al gasto promedio por unidad de producto del Componente 2, se obtuvo el promedio del total de cargos de 44 horas de QF y TENS, profesionales que tienen distintos niveles de remuneraciones. En el año 2017 éste alcanza a un gasto anual de M\$6.924,5, equivalente a M\$743,7 mensual, resultados que se consideran adecuados porque están dentro de los rangos de remuneraciones de la administración pública.

¹⁴⁵ Se obtiene de dividir el gasto (M\$ 2.272.734 en 2016 y M\$ 2.223.844 en 2017) por el número de mensajes, considerando 3 contactos por paciente (Ver Cuadro 2).

¹⁴⁶ Entre los principales se encuentran los gastos en medicamentos e insumos para iniciar el stock crítico que deben mantener los SS con el objeto de asegurar la provisión a beneficiarios. Estos gastos alcanzaron a M\$ 4.953.325,6 (valor actualizado a pesos 2018).

Cuadro 42: Gasto (Transferencia) Promedio por Unidad de Producto¹⁴⁷ 2014-2017 (Miles de \$ 2018)

Año	Componente 1		Componente 2	
	Gasto promedio por mensaje (M\$) ¹⁴⁸	Gasto promedio por receta (M\$)	Gasto promedio año por cargo 44 hrs, QF y TENS (M\$)	Gasto promedio mensual por cargo 44 hrs, QF y TENS (M\$)
2014	s.i.	3,0	6.968,5	580,7
2015	s.i.	1,3	8.825,5	735,5
2016	0,7	1,8	8.302,2	691,9
2017	0,6	1,8	8.924,5	743,7

Fuente: Elaboración del panel en base a datos del programa.

4.3. Gastos de Administración

Para efectos de esta evaluación, el programa realizó una estimación de los gastos administrativos, los que corresponden al año 2018. Para efectos de comparación, se asume que estos gastos son también aplicables al año 2017, ya que no se han efectuado modificaciones al proceso productivo entre ambos años, que impidan aplicar la estimación de 2017 al año 2018. En Anexo 14 se describe con detalle la metodología utilizada en esta estimación.

Esta metodología incluye como gastos administrativos las líneas de acción “Recursos humanos a cargo de la gestión del programa”, “Visitas a terreno”, “Implementación de puestos de trabajo en SS”, “Almacenamiento de Stock Crítico en Droguerías y en SS” y “Traslado de medicamentos desde las bodegas de los SS a los centros de salud APS” (Ver Anexo 14). Sin embargo, a juicio del panel los gastos de almacenamiento corresponden a gastos de producción, por lo que no serán incluidos como gastos administrativos.

Cabe señalar que estos gastos pueden ser financiados por el presupuesto del Ministerio de Salud (SRA), de los SS y de las comunas. En el siguiente cuadro se muestran las líneas de acción definidas como gasto administrativo y sus fuentes de financiamiento.

En primer lugar, se encuentra el personal que gestiona el programa en el nivel central, financiado con cargo al presupuesto de la SRA y que representa el 12,6% del total. Con cargo al financiamiento de los SS se encuentran las visitas de supervisión en terreno que realizan los equipos de salud de los SS (40%) y la instalación y operación de puestos de trabajo de profesionales FOFAR (4,2%). Finalmente, los recursos municipales financian el gasto que implica el traslado mensual de medicamentos e insumos desde las bodegas centrales a los establecimientos de atención a pacientes (43,2%).

Cuadro 43: Gastos administrativos según fuentes de financiamiento (M\$ 2018)

Línea de acción	Gastos MINSAL	Gastos de SS	Gastos de comuna	Total	%
Recursos humanos gestión del programa	46.714			46.714	12,6
Visita a terreno		148.061		148.061	40,0
Puesto de trabajo en SS		15.732		15.732	4,2
Traslado medicamentos			159.930	159.930	43,2
Total	46.714	163.793	159.930	370.437	100,0

Fuente: Elaboración del panel en base a datos del programa

¹⁴⁷ En algunos casos los programas no cuentan con información que permita distinguir entre gasto promedio por unidad de producto y gasto promedio por beneficiario, o sólo manejan uno de ellos; por ejemplo: los servicios de salud registran número de atenciones y no número de pacientes. No incluye información de gastos de administración.

¹⁴⁸ Se consideran 3 contactos por paciente.

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de los gastos administrativos diferenciados en personal y en bienes y servicios de consumo, donde el gasto en personal representa el 74,5% respecto del total.

Cuadro 44: Gastos administrativos en personal y bienes y servicios de consumo (M\$ 2018)

Gastos administrativos	Gastos en personal (ST 21)	Gastos en Bs. Y Ss. Consumo (ST 22)	Total
Gestión del programa nivel central MINSAL	46.714		46.714
Visita a terreno	130.616	17.445	148.061
Puesto de trabajo en SS		15.732	15.732
Traslado medicamentos (gasto comuna)	98.778	61.152	159.930
Total	276.108	94.329	370.437
Distribución porcentual	74,5	25,5	100,0

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Al relacionar el gasto administrativo con el de producción, se obtiene que el primero representa el 0,9% del segundo. Se podría considerar que es un porcentaje bajo, ya que, de acuerdo a la experiencia del panel en evaluaciones de otros programas sociales, el gasto en administración se sitúa en rangos entre el 4% y el 10% del gasto de producción. Sin embargo, habría que considerar que la principal actividad de este programa es la entrega de bienes (medicamentos), lo que justificaría una mayor proporción del gasto de producción, si se compara con otros programas sociales que en su mayoría corresponden a entrega de servicios. Además, se debe tener presente que este cálculo fue realizado por el programa por primera vez para esta evaluación, lo que lo hace susceptible de perfeccionar, ya que es posible que existan omisiones, las que, de corregirse en futuras estimaciones, podrían aumentar el gasto administrativo.

Cuadro 45: Gasto de producción de componentes y gasto de administración 2014-2017 (miles de \$ 2018)

Año	Gasto producción componentes (a)	Gasto administración (b)	Gasto total del programa (c)	Gasto de administración en relación al gasto total del programa (b/c)
2014	28.015.637	n/d		
2015	29.273.647	n/d		
2016	37.397.334	n/d		
2017	39.629.651	370.437	41.632.380	0,9%
Variación 2014-2017	41,5			

Fuente: Elaboración del panel en base a datos del programa.

III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

Sobre la base del análisis realizado en esta evaluación, el panel considera 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.

Asimismo, el panel considera que la existencia del programa está justificada, tanto en términos sanitarios como por sus efectos distributivos o de equidad social. También se justifica desde el enfoque de la asignación de recursos, debido a fallas de mercado que se dan en dos ámbitos. En primer lugar, la 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). En segundo lugar, por un conjunto de 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.

En el desempeño del programa destacan especialmente los siguientes aspectos: a) su alta cobertura (96,3% en 2017); b) la oportunidad y completitud en la entrega de medicamentos (92% en 2017); c) los aportes en RRHH para la gestión farmacéutica; d) los avances logrados en almacenamiento, conservación y distribución de medicamentos por medio de la calificación de droguerías; y e) la definición de un stock crítico que ha permitido la entrega oportuna de medicamentos.

Sobre la base de lo expuesto, 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.

2. 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”¹⁴⁹. 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:

¹⁴⁹ DIPRES. Metodología para la elaboración de Marco Lógico. Dirección de Presupuestos. División de Control de Gestión. Enero de 2009. (pág. 3).

Propósito: Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de DM2, HTA y DLP acceso oportuno y seguro a los medicamentos¹⁵⁰ 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.

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

Subcomponente 1: Entrega de medicamentos y actividades de apoyo a la adherencia

<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
---	---

Subcomponente 2: Gestión farmacéutica

<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
--	--

¹⁵⁰ 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 medicamentos¹⁵¹. 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.
12. Definir e implementar un protocolo de utilización del Informe Anual de Actividades que elaboran los Servicios de Salud, con el objetivo de que la información referida a los “Hitos del período” o actividades que se realizan con recursos de FOFAR (por ejemplo, talleres, compras, contratación o continuidad de recurso humano, otros); conclusiones referidas al desarrollo del programa durante todo el periodo; fortalezas o debilidades; y oportunidades de intervención del equipo de farmacia, contribuya efectivamente a apoyar y mejorar la gestión del programa.

¹⁵¹ Orientaciones Técnicas 2018, pág. 22: “Indicador: porcentaje, del numerador sobre el denominador (Valor merma + otros) / (total disponible) * 100”.

2. BIBLIOGRAFÍA

- Atkinson, A.B. y J. Stiglitz. "Lectures in Public Economics". Princeton University Press. New Jersey, 2015.
- Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile. "Política de Medicamentos para Chile: Avanzando hacia la inclusión de los Medicamentos y Dispositivos Médicos en un Modelo Integral de Atención de Salud. Recomendaciones en Acceso, Calidad y Uso Racional para el Fortalecimiento del Sistema de Salud Chileno". Santiago, Julio 2014.
- Coloma G. "Economía de la Organización Industrial", Temas Grupo Editorial, Madrid, 2005
- DIPRES. "Informe de Síntesis: Evaluación en Profundidad de Programas, Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria". Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuesto (DIPRES). Santiago, 2005. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-141040_r_ejecutivo_institucional.pdf
- DIPRES. Análisis del gasto y mecanismo de compra de medicamentos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Santiago, 2017. Disponible en http://www.dipres.gob.cl/598/articles-168363_recurso_1.pdf
- DIPRES. "Metodología para la elaboración de Marco Lógico". Dirección de Presupuestos. División de Control de Gestión. Enero de 2009
- DIPRES. Informe de Síntesis: Evaluación en Profundidad de Programas, Programa de Reforzamiento a la Atención Primaria. 2005
- Elorza, Moscos y Ripari. "Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso". 2011. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100004
- FONASA. "Boletín Estadístico 2015-2016". Santiago, 2017.
- INE. "Mortalidad en Chile 2003 y 2013". Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago, 2015. Disponible en http://historico.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/mortalidad_2015.pdf.
- ISP. "Medicamentos en Chile: Revisión de la evidencia del mercado nacional de fármacos". Centro Nacional de Farmacoeconomía, Instituto de Salud Pública, Diciembre de 2013.
- Kanavos, van den Aardweg and Schurer "Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries". LSE Health, London School of Economics. Londres, 2012. Disponible en <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/research/LSEHealth/MTRG/LSEDiabetesReport26Jan2012.pdf>
- Ley 20.422: Igualdad de oportunidades e inclusión social para personas con discapacidad. Disponible en <https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>
- Mediavilla JJ. "Factores asociados con la adherencia a los medicamentos de las personas con diabetes tipo II". Diabet Met 2015; 32(6):725-737. Disponible en <http://www.redgdps.org/gestor/upload/file/UPDATE%202015/Update%20en%20diabetes%206-2-2015%20.pdf>
- Michelle Bachelet. "50 Compromisos para mejorar la calidad de vida en el Chile de todos. 100 primeros días de Gobierno". Santiago, 2013
- MIDESO. "Informe de seguimiento de programas sociales (cierre al 30 de junio de 2017)". Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO). Santiago. 2017
- MINSAL. "Encuesta Nacional de Salud (2016-2017). Primeros resultados". Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud (Noviembre 2017). Documento disponible en http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS_2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

- MINSAL. "Encuesta Nacional de Salud (2016-2017). Segunda entrega de resultados". Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud (Enero de 2018). Documento disponible en http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS_2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Resolución Exenta N°24 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud". 8 de enero de 2018.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Resolución Exenta N°1286 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud". 1 de diciembre de 2016.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Resolución Exenta N°1250 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud". 31 de diciembre de 2015.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Resolución Exenta N°1187 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud". 27 de noviembre de 2014.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. Resolución Exenta N°535 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 28 de abril de 2014
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria 2018". Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular 2017". Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria. Versión 2016-2017". Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria 2015". Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- MINSAL, Subsecretaria de Redes Asistenciales. "Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria 2014". Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- MINSAL. "Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020". Ministerio de Salud, Santiago, 2011.
- MINSAL/PUC/UAH. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, 2011.
- MINSAL. "Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible". Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Ministerio de Salud Santiago, 2008.
- MINSAL. "Implementación del enfoque de riesgo del Programa de Salud Cardiovascular". Ministerio de Salud, Santiago, s/f.
- OECD. "Health at a glance 2017. OECD Indicators". Disponible en: <https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/HealthataGlance2017.pdf>
- OECD. "Health at a Glance 2015 ¿Cómo compara Chile? ". Disponible en <https://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE-In-Spanish.pdf>

- OMS. "Estrategia farmacéutica de la OMS. Lo esencial son los países 2004-2007". Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 2004.
- OMS. "Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la acción". Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS, Washington D.C., 2004
- OMS. "Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales". Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No. 05, septiembre de 2002 Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js4874s/1.html>
- OMS. "Nairobi Conference – experts recommend national drugs policies and broader WHO strategy". 1985. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21146en/s21146en.pdf>
- Palacios A. "Informe de Desarrollo Humano 2013: Análisis internacional de los indicadores del progreso humano". Economía Informa, N°382. Septiembre-Octubre 2013. Pages 36-54. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185084913713343?via%3Dihub>
- Programa de Gobierno 2014-2018 de la Presidenta Michelle Bachelet. Disponible en <http://www.bibliotecanacionaldigital.cl/bnd/646/w3-article-157782.html>
- Rodríguez J., (2017). "Uso de mensajes de texto en Atención Primaria: El caso de Chile". Tesis de pregrado. Universidad Católica de Chile.
- Subsecretaría de redes asistenciales, MINSAL. "Financiamiento de APS, base del logro sanitario", Serie de cuadernos de redes N° 29, páginas 19-20. Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/29.pdf>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. "Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria. Versión 2016-2017". Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago.
- 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.
- Superintendencia de Salud. "Informe de Fiscalización N°76. Medicamentos e insumos garantizados en el sector público". Santiago, 15 de octubre de 2015.
- Universidad San Sebastián. "Encuesta de Consumo de Medicamentos. Noviembre de 2017". Disponible en: http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20171129/asocfile/20171129133304/encuesta_salud_11_2017_prensa_.pdf
- Valdés I. "Políticas de Competencia en América Latina y el Caribe". CEPAL, Serie Comercio Internacional N°51 Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4393/S058565_es.pdf;jsessionid=133582B42EC13103F492515AD8B133BF?sequence=1
- Vasallo C. "El Mercado de Medicamentos en Chile: Caracterización y Recomendaciones para la Regulación Económica". Santiago, junio de 2010.
- Vega, J; Bedregal, P; Jadue, L; Delgado, I. "Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile". Rev. méd. Chile v.131 n.6 Santiago jun. 2003.

3. ENTREVISTAS REALIZADAS

Personas / Instituciones	Fecha
<ul style="list-style-type: none"> • María Isabel de Ferrari, Asesora Gabinete, MINSAL • Irma Vargas, Jefa Modelo de Atención Primaria DIVAP, MINSAL • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Felipe Vargas, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Alexis Ahumada, Jefe de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Camilo Cea, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Felipe Vargas, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Laura González, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Ernesto González, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador • Iván Valdés, Panel Evaluador 	22 de enero 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Irma Vargas, Jefa Modelo de Atención Primaria DIVAP, MINSAL • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Felipe Vargas, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Laura González, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Ernesto González, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador 	23 de enero 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Marcela Navarro, Departamento de Programación Financiera APS • Felipe Vargas, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • María Luisa Daigre, Panel Evaluador • Iván Valdés, Panel Evaluador 	26 de enero 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Camilo Cea, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Víctor Bravo, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador 	28 de febrero 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Visita a Terreno • Posta Las Vertientes • Francisca Rosales, Jefe de Salud Comunal • Daniela Nuñez, Referente Técnico SS Sur Oriente • Rodrigo Véliz, QF Comunal Centro de Farmacia • Carolina Meneses, Asesora Técnica • Iván Acevedo, Estadística • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Víctor Bravo Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Camilo Cea, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador • Iván Valdés, Panel Evaluador • Consultorio Alejandro del Río, Puente Alto • Lorna Andrea Palma, Jefe Comunal Salud Puente Alto • Elizabeth Ramos, Jefe de Bodega Comunal • Felipe Maturana, Jefe Farmacia Consultorio A. del Río • Francisco Martínez, QF Coordinador Atención Farmacéutica • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Víctor Bravo Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Camilo Cea, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL Marcela Ferrer, 	26 de marzo 2018

Personas / Instituciones	Fecha
Panel Evaluador (Coordinadora) <ul style="list-style-type: none"> • María Luisa Daigre, Panel Evaluador • Iván Valdés, Panel Evaluador 	
<ul style="list-style-type: none"> • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Camilo Cea, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Víctor Bravo, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador 	26 de marzo 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Irma Vargas, Jefa Modelo de Atención Primaria DIVAP, MINSAL • Víctor Bravo, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Camilo Cea, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Felipe Vargas, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Ernesto González, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador • Iván Valdés, Panel Evaluador 	5 de abril 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Irma Vargas, Jefa Modelo de Atención Primaria DIVAP, MINSAL • Víctor Bravo, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Damaris Meza, División de Estadísticas MINSAL • Ernesto González, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Antonia Sanhueza, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador 	20 de abril 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Irma Vargas, Jefa Modelo de Atención Primaria DIVAP, MINSAL • Víctor Bravo, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Felipe Vargas, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Ernesto González, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Antonia Sanhueza, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador 	25 de abril 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Irma Vargas, Jefa Modelo de Atención Primaria DIVAP, MINSAL • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Felipe Vargas, Profesional Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Marcela Navarro, Departamento de Programación Financiera APS • Laura González, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Ernesto González, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador • Iván Valdés, Panel Evaluador 	10 de mayo 2018
<ul style="list-style-type: none"> • Karina Castillo, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Camilo Cea, Profesional Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Laura González, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Cristian Sáez, MINSAL • Ernesto González, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • María Luisa Daigre, Panel Evaluador • Iván Valdés, Panel Evaluador 	20 de junio

4. ANEXOS DE TRABAJO

Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa

a. Bases de datos con información relevante para la evaluación

FOFAR cuenta con información registrada en el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)¹⁵². Este sistema entrega información para el 79% de los centros de salud que ofrecen el programa¹⁵³. El programa dispone de 6 bases de datos más un archivo de control. Los campos de cada una de ellas¹⁵⁴ y el análisis del panel respecto de sus posibilidades de utilización se presenta continuación.

Base de datos 1: Fármacos a despachar según prescripción

Base de datos 2: Dispensación de fármacos

Base de datos 3: Población bajo control

Base de datos 4: Rechazos

Base de datos 5: Movimiento mensual de medicamentos

Base de datos 6: Saldo mes anterior

Conclusión: Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación

El panel estimó que estas bases de datos entregaban información relevante y pertinente para realizar la evaluación, siempre y cuando la calidad de los datos permitiera realizar procesamientos informáticos específicos, a un costo y tiempos razonables. Los procesamientos específicos fueron solicitados al programa, e incorporados en este documento.

¹⁵² MINSAL. 2016. Definición de mantenimiento normativo: Fondo de Farmacia para ECNT's. Versión 6.0. Unidad de Proyectos Estratégicos Departamento. Gestión Sectorial TIC – MINSAL.

¹⁵³ Información entregada por el programa en reunión sostenida con el panel y DIPRES el 23 de enero de 2018.

¹⁵⁴ MINSAL. 2016. Definición de mantenimiento normativo: Fondo de Farmacia para ECNT's. Versión 6.0. Unidad de Proyectos Estratégicos Departamento. Gestión Sectorial TIC – MINSAL (pág. 13 a 23).

- b. Fuentes de información cualitativa y cuantitativa que fueron útiles para identificar la situación problema que dio origen al programa y que permitan proyectar la situación sin programa

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
<p>Resolución Exenta N°535 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles En Atención Primaria de Salud – 28 de abril de 2014</p> <p>Resolución Exenta N°1187 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles En Atención Primaria de Salud – 27 de noviembre de 2014</p> <p>Resolución Exenta N°1250 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles En Atención Primaria de Salud – 31 de diciembre de 2015</p> <p>Resolución Exenta N°1286 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles En Atención Primaria de Salud – 1 de diciembre de 2016</p> <p>Resolución Exenta N°24 Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles En Atención Primaria de Salud – 8 de enero de 2018</p>	<p>Estos documentos entregan los antecedentes y fundamentación presentados para la aprobación del programa para los años 2014 a 2018.</p> <p>Los antecedentes y fundamentación no presentan variaciones sustanciales entre los distintos años.</p> <p>A juicio del panel, esta información es útil para contribuir a caracterizar la situación problema que dio origen al programa.</p> <p>No obstante, no se cuenta con un documento de diagnóstico de la situación inicial que permita identificar y dimensionar específicamente el problema o necesidad que dio origen al programa, como tampoco antecedentes que permitan proyectar la evolución de este problema/necesidad en el caso en que este programa no hubiera sido implementado.</p>

c. Identificar la necesidad de estudio complementario

En concordancia con la conclusión del panel referida a las bases de datos del programa, no se realizó un estudio complementario.

Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del programa

NOMBRE DEL PROGRAMA: Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2014 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud SERVICIO RESPONSABLE: División de Atención Primaria				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población bajo control con diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia.				
PROPÓSITO: Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, el acceso oportuno y seguro a los medicamentos ¹⁵⁵ , insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas, incorporando actividades de información y/o comunicación para apoyar la adherencia al tratamiento	1. Eficacia – Resultado Beneficiarios totales del programa en relación con la población objetivo del programa.	(Número de beneficiarios totales del programa en el año t / Número de población objetivo del programa en el año t) * 100	Plataforma FOFAR y SIDRA, Formulario Web REM P 04	Existencia de abastecimiento y producción a nivel nacional de todos los medicamentos de la canasta Inexistencia de paros de funcionarios que alteren significativamente el funcionamiento normal de los establecimientos de APS
	2. Eficacia – Resultado Porcentaje de beneficiarios que recibe medicamentos en forma total y oportuna en relación al total de beneficiarios que solicitan medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas	(Número de beneficiarios con receta médica despachada en forma total y oportuna en el año t / Número de beneficiarios que presentan receta médica en el año t) * 100	Plataforma FOFAR y SIDRA, Formulario Web REM P 04	
	3. Eficiencia – Proceso Porcentaje de gastos administrativos en personal sobre el gasto total del programa	(Gasto administrativo del programa en personal en el año t / Gasto total del programa en el año t) * 100	Consulta del programa a los Servicios de Salud	
	4. Economía- Proceso Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa	(Gasto devengado por el programa en el año t/ Presupuesto inicial del programa en el año t) * 100	Información del programa	

¹⁵⁵ Se entenderá como medicamentos aquellos definidos en la canasta FOFAR o disponibles en el arsenal de cada Servicio de Salud bajo las restricciones de la canasta GES (definición elaborada por el programa).

	<p>5. <u>Eficiencia – Producto</u> Gasto unitario promedio por beneficiario</p>	(Gasto devengado o Transferencias totales del programa a Servicios de Salud o centros de salud comunal en el año t)/ Número de beneficiarios totales en el año t) * 100	Plataforma FOFAR y SIDRA, Formulario Web REM P 04	
	<p>6. <u>Eficiencia – producto:</u> Gasto promedio (unitario) por receta (miles de \$)</p>	(Gasto devengado o Transferencias totales del programa a Servicios de Salud o centros de salud comunal en el año t)/ Número de recetas totales en el año t) * 100	Plataforma FOFAR y SIDRA, Formulario Web REM P 04	
	<p>7. <u>Eficacia – Resultado</u> Porcentaje de recetas despachadas completas en relación con el total de recetas presentadas en farmacia</p>	(Número de recetas despachadas completas dentro de 24 horas en el año t / Total de recetas presentadas en farmacia en el año t) * 100	Plataforma FOFAR y SIDRA, Formulario Web REM P 04	
<p>COMPONENTES:</p> <p>Componente 1:</p> <p>Población con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia que se atiende en establecimientos de APS con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos y apoyo en la adherencia al tratamiento</p>	<p>8. <u>Calidad – Producto</u> Número de reclamos en relación a 10.000 recetas no cumplidas (no despachadas)</p>	Número de reclamos por entrega no cumplidas de recetas en el año t en relación a 10.000 recetas no cumplidas (no despachadas)	Plataforma web FOFAR y plataforma de gestión de reclamos Salud Responde	<p>Existencia de abastecimiento y producción a nivel nacional de todos los medicamentos de la canasta</p> <p>Inexistencia de paros de funcionarios que alteren significativamente el funcionamiento normal de los establecimientos de APS</p>
	<p>9. <u>Eficiencia – Resultado</u></p> <p>Descriptores estadísticos de precios y número de oferentes del medicamento que representa el mayor gasto para hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia (colesterol alto):</p> <p>Número de transacciones – compras-, Precios promedios y moda, desviación estándar, precios mínimos y máximos.</p> <p>Número oferentes (Variable estructural¹⁵⁶)</p>	<p>Descriptores estadísticos</p> <p>De precios: Precios promedios ponderados, moda, precios mínimos y máximos, desviación estándar (en el año t)</p> <p>Descriptores de oferentes: Número de oferentes en licitaciones privadas en el año t.</p>	Bases de datos de CENABAST	

¹⁵⁶ Ver Tarziján y Paredes, Capítulo 4. Variables de estructura, conducta y desempeño y su forma de medición.

	<p>10. <u>Eficacia-Resultado</u> Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento</p>	(Número de farmacias abiertas en horario hábil/ Número de establecimientos de atención primaria) * 100	Plataforma FOFAR y SIDRA, Formulario Web	
	<p>11. <u>Eficacia Resultado</u> Porcentaje de servicios de salud que cumplen el stock crítico (incluye aquellos que tienen convenios externos de dispensación)</p>	(Número de servicios de salud que cumplen el stock crítico -incluye aquellos que tienen convenios externos de dispensación-/ Número total de servicios de salud en el año t)*100	Consulta del programa a los Servicios de Salud	
<p>Componente 2: Gestión Farmacéutica: Recursos Humanos (contratación 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 web); y Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de farmacia en los Servicios de Salud y los establecimientos APS, mediante la compra de refrigeradores, construcción de bodegas, o similares</p>	<p>12. <u>Eficacia – Producto</u> Porcentaje de droguerías con autorización sanitaria</p>	(Total de droguerías con autorización sanitaria en el año t/ Total de droguerías en servicios de salud en el año t) * 100	Consulta del programa a los Servicios de Salud	Inexistencia de paros de funcionarios que alteren significativamente el funcionamiento normal de los establecimientos de APS
	<p>13. <u>Eficiencia-producto</u> Gasto promedio mensual por cargo 44 hrs. (M\$ reales 2018=100)</p>	(Gasto total en RRHH: QF y TENS/número de cargos 44 hrs contratados). (M\$ reales 2018=100)	Consulta del programa a los Servicios de Salud	
	<p>14. <u>Eficiencia – Producto</u> Porcentaje de recursos financieros perdidos por merma de medicamentos</p>	(Valorización estimada de la merma de medicamentos en los establecimientos de atención primaria en el año t / Valorización de medicamentos ingresados en la bodega en el año t) * 100	Plataforma FOFAR y SIDRA, Formulario Web	
<p>ACTIVIDADES Atención continua de las farmacias en los diferentes Centros de Salud</p>				

Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2014-2017

NOMBRE DEL PROGRAMA: Fondo de farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en atención primaria de salud						
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2014						
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud						
SERVICIO RESPONSABLE: División de Atención Primaria						
OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Objetivos del MINSAL: Objetivo Estratégico N°1: Fortalecer la función de Rectoría del Ministerio de Salud; Objetivo Estratégico N°2: Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos; Objetivo Estratégico N°3: Fortalecer la Atención Primaria de Salud, para acercar más salud a las personas; Objetivo Estratégico N°6: Fortalecer la gestión y financiamiento de la red asistencial pública; Objetivo Estratégico N°9: Avanzar hacia una Política Nacional de Medicamentos, ampliando la cobertura a los problemas de salud que más afectan a la población.						
<i>Evolución de Indicadores</i>						
<i>Enunciado del objetivo</i>	<i>Indicadores</i>					
	<i>Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)</i>	<i>Fórmula de cálculo</i>	<i>Cuantificación</i>			
			<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población bajo control con diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia.						
PROPÓSITO: Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, el acceso oportuno y seguro a los medicamentos ¹⁵⁷ , insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas, incorporando actividades de información y/o comunicación para apoyar la adherencia al tratamiento	1. Eficacia – Resultado Beneficiarios totales del programa en relación con la población objetivo del programa.	(Número de beneficiarios totales del programa en el año t / Número de población objetivo del programa en el año t) * 100	83,0%	98,4%	97,5%	96,3%
	2. Eficacia – Resultado Porcentaje de beneficiarios que recibe medicamentos en forma total y oportuna en relación al total de beneficiarios que solicitan medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas	(Número de beneficiarios con receta médica despachada en forma total y oportuna en el año t / Número de beneficiarios que presentan receta médica en el año t) * 100	95,5%	99,0%	99,4%	92,0%
	3. Eficiencia – Proceso Porcentaje de gastos administrativos en personal sobre el gasto total del programa	(Gasto administrativo del programa en personal en el año t / Gasto total del programa en el año t) * 100	s/i	s/i	s/i	4,8%

¹⁵⁷ 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)

	4. Economía- Proceso Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa	(Gasto devengado por el programa en el año t / Presupuesto inicial del programa en el año t) * 100	100,0%	100,0%	97,0%	100,2%
	5. Eficiencia – Producto Gasto unitario promedio por beneficiario (miles de \$ 2017)	(Gasto devengado o Transferencias totales del programa a Servicios de Salud o centros de salud comunal en el año t) / Número de beneficiarios totales en el año t) * 100	14,30	12,82	16,52	17,82
	6. Eficiencia – producto: Gasto promedio (unitario) por receta (miles de \$)	Gasto devengado o Transferencias totales del programa a Servicios de Salud o centros de salud comunal en el año t) / Número de recetas totales en el año t) * 100	3,10	1,53	2,00	2,13
	7. Eficacia – Resultado Porcentaje de recetas despachadas completas en relación con el total de recetas presentadas en farmacia	(Número de recetas despachadas completas dentro de 24 horas en el año t / Total de recetas presentadas en farmacia en el año t) * 100	(7.942.408/ 8.316.714) 95.5%	(17.596.987/ 17.778.280) 98.98%	(17.802.192/ 17.908.723) 99.41%	(17.881.660 / 18.022.844) 99.22%
COMPONENTES: Componente 1: Población con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia que se atiende en establecimientos de APS con acceso oportuno a medicamentos, insumos y dispositivos médicos y apoyo en la adherencia al tratamiento	8. Calidad – Producto Número de reclamos en relación a 10.000 recetas no cumplidas (no despachadas)	Número de reclamos por entrega no cumplidas de recetas en el año t en relación a 10.000 recetas no cumplidas (no despachadas)	9	15	41	12
	9. Eficiencia – Resultado Descriptores estadísticos de número de transacciones – licitaciones privadas-, de precios y número de oferentes del medicamento que representa el mayor gasto para hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia (colesterol alto): Número de transacciones – compras-, Precios promedios y moda, desviación estándar, precios mínimos y máximos.	Descriptores estadísticos De precios: Precios promedios ponderados, moda, precios mínimos y máximos, desviación estándar (en el año t) Precios Promedios Ponderados CENABAST(2018=100) Aspirina Amlodipino	2,27 s.i.	14,62 27,16	12,80 22,62	11,65 18,89

	Número oferentes (Variable estructural ¹⁵⁸)	Atorvastatina	22,51	22,83	25,15	23,59	
		Carvedilol	22,97	30,62	39,79	37,27	
		Losartan	6,77	7,49	9,08	9,28	
		Metformina	13,26	15,16	13,90	14,23	
		Precios Promedios Ponderados Mercado Público (2018=100)					
		Aspirina	11,08	15,61	14,37	13,62	
		Amlodipino	25,58	24,85	26,38	22,57	
		Atorvastatina	27,53	26,40	24,89	22,60	
		Carvedilol	103,79	45,11	44,35	39,72	
		Losartan	12,58	11,61	10,91	10,27	
		Metformina	15,25	14,95	17,17	17,25	
		Descriptores de oferentes: Número de oferentes en licitaciones privadas en el año t.					
		Aspirina	2	1	2	0	
Amlodipino	6	3	0	2			
Atorvastatina	1	3	4	0			
Carvedilol	10	5	4	3			
Losartan	5	4	4	4			
Metformina	5	9	4	5			
10. Eficacia-Resultado							
Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento	(Número de farmacias abiertas en horario hábil/ Número de establecimientos de atención primaria) * 100	s.i	s.i	s.i	s.i		
11. Eficacia Resultado							
Porcentaje de servicios de salud que cumplen el stock crítico (incluye aquellos que tienen	(Número de servicios de salud que cumplen el stock crítico -incluye aquellos que tienen convenios externos de	s.i	s.i	s.i	s.i		

¹⁵⁸ Ver Tarziján y Paredes, Capítulo 4. Variables de estructura, conducta y desempeño y su forma de medición.

	convenios externos de dispensación)	dispensación-/ Número total de servicios de salud en el año t)*100				
<p>Componente 2:</p> <p>Gestión Farmacéutica: Recursos Humanos (contratación¹⁵⁹ 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 web); y Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de farmacia en los Servicios de Salud y los establecimientos APS, mediante la compra de refrigeradores, construcción de bodegas, o similares</p>	<p>12. Eficacia – Producto Porcentaje de droguerías con autorización sanitaria</p>	<p>(Total de droguerías con autorización sanitaria en el año t/ Total de droguerías en servicios de salud en el año t) * 100</p>	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.
	<p>13. Eficiencia-producto: Gasto promedio mensual por cargo 44 hrs. (M\$ reales 2018=100)</p>	<p>(Gasto total en RRHH: QF y TENS/número de cargos 44 hrs contratados). (M\$ reales 2018=100)</p>	580,7	735,5	691,9	743,7
	<p>14. Eficiencia – Producto Porcentaje de recursos financieros perdidos por merma de medicamentos¹⁶⁰.</p>	<p>(Valorización estimada de la merma de medicamentos en los establecimientos de atención primaria en el año t / Valorización de medicamentos ingresados en la bodega en el año t) * 100</p>	s.i.	s.i.	0,8%	0,08%

¹⁵⁹ La modalidad de contratos puede ser a honorarios o contrata, dependiendo de las posibilidades/prácticas de cada Municipio o Servicio de Salud. El programa no establece una prioridad de contratación del Municipio o del Servicio de Salud.

¹⁶⁰ Información disponible a partir del año 2016. En el caso de insumos médicos no se dispone de información.

Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

a. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

El fin de este programa es “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población bajo control con diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia”. Por su parte, el propósito corresponde a “Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, el acceso oportuno a los medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas, incorporando actividades de información y/o comunicación para apoyar la adherencia al tratamiento”.

A juicio del panel, ambos responden adecuadamente a la estrategia validada internacionalmente, que queda de manifiesto en múltiple investigación a nivel teórico y empírico, especialmente en lo referido a estrategias farmacológicas y de adhesión a tratamientos de DM2 tal como se discute ampliamente en la justificación del programa y que queda también explicitado -desde la posición del programa- en el documento denominado “Orientación Técnica, Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles”, existente desde sus inicios (2014), y actualizada anualmente por parte de sus gestores. En esa dirección, se desconoce la existencia de estudios en Chile sobre adherencia a tratamientos más allá de lo informado por el programa, quienes afirman que, en este ámbito, no existe dicha investigación debido a su alto costo. Además, manifiestan que es deseable realizarla desde su posición de gestores del programa.

Así, al ser la población objetivo “Personas mayores 15 años que se encuentran bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular, que presentan al menos uno de los siguientes diagnósticos: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia” se incide en un porcentaje importante de la población que presenta estas patologías, porcentaje que va en progresivo aumento a través del tiempo. En efecto, de acuerdo a lo descrito en el capítulo sobre la “Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo” se tiene que la población bajo control en el PSCV alcanza a 2.3 millones en el año 2017 con un aumento de 10,1% en el período de evaluación. Por su parte, las poblaciones objetivo de HTA, DM 2 y Dislipidemia ascienden en total a casi 3,8 millones de diagnósticos en el mismo año, la que se distribuye de la siguiente forma: casi 50% en HTA, Dislipidemia con alrededor de un tercio de la población objetivo, pero en constante crecimiento, mientras la DM2 concentra poco más del 20% del total en todos los años evaluados.

Por otro lado, FOFAR asegura la entrega de medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas durante todo el período en que la persona cuenta con la receta o indicación médica respectiva. Dado que se trata de un programa ejecutado en la atención primaria, la estrategia se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, lo que es consistente con la experiencia internacional, pues en ese nivel se realizan las acciones preventivas a la población. Cabe señalar que el programa atiende la discontinuidad de los tratamientos de estos pacientes, originada en la no entrega de medicamentos en forma completa y oportuna.

Finalmente, en su diseño el programa contempla actividades de reforzamiento a la adherencia al tratamiento mediante la atención farmacéutica (que incluye farmacias abiertas durante el horario hábil en que el establecimiento atiende), mensajería a los teléfonos celulares, correos electrónicos y actividades grupales de información y motivación a la adherencia de los beneficiarios. En algunas farmacias, el QF también atiende público, tal como lo constató el panel en su visita al Consultorio Alejandro del Río de Puente Alto. Por otro lado, el programa también ha aportado en la modernización de la gestión de las farmacias y droguerías de los Servicios de Salud y establecimientos APS, temas que deben quedar debidamente informados en los indicadores de gestión del programa.

En suma, a través del diseño comentado se observan relaciones de causalidad que están totalmente justificadas y que van en línea con recomendaciones internacionales de la OMS, las que fueron comentadas en la justificación del programa.

Por otro lado, las actividades o acciones que realiza el programa se expresan a través de sus 2 componentes. 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); Sistema de solución de reclamos; y Stock Crítico (asegurar provisión de medicamentos por un período de dos meses); Componente 2: Gestión Farmacéutica: Recursos Humanos (contratación 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 web); 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.

A juicio del panel, estas acciones tienen una relación virtuosa entre sí, ya que se potencian en torno al objetivo de asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS el acceso oportuno a los medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas, incorporando actividades de información y/o comunicación para apoyar la adherencia al tratamiento.

Estos componentes a juicio del panel son suficientes para cumplir con los objetivos planteados. Sin embargo, se estima que el programa debe optimizar su información, en temas como las actividades asociados a mejorar el funcionamiento de las farmacias o cumplir la normativa que rige la existencia de droguerías en los Servicios de Salud. Asimismo, es preciso transparentar el costo que finalmente tiene el programa desde su fuente de financiamiento primaria (se transfiere a los ejecutores intermedios – Servicios de salud- finales del programa -APS-) hasta el nivel intermedio y local, ya que en esos niveles hay gastos administrativos que con la información disponible no es posible de cuantificar. En ese sentido se destaca el esfuerzo hecho por el programa para estimar ese costo durante la ejecución de esta evaluación.

En cuanto a la eficacia, destaca la alta cobertura de beneficiarios respecto a la población objetivo (96,3%, 2017), la que ha sido creciente a través de los años (83%, 2014). Este es un resultado altamente satisfactorio ya que da cumplimiento al propósito, que es asegurar la entrega de medicamentos e insumos médicos a la población objetivo. Complementariamente, la medición de la oportunidad en que se entregan los medicamentos e insumos médicos muestra que el año 2017 se entregó al 99,4% en los plazos establecidos, es decir, dentro de las 24 horas del requerimiento. Finalmente, el indicador de calidad muestra que el número de reclamos por recetas no provistas es marginal (300 por año) respecto al enorme volumen de requerimientos (18 millones), de las cuales 142 mil fueron recetas no cumplidas el 2017.

Por otro lado, se cuenta con información acotada para medir la contribución del programa al logro de la adherencia a tratamientos, otro atributo considerado en la definición de propósito. La aproximación práctica realizada en esta evaluación fue a través de una cuantificación de los beneficiarios que asisten a una cita de control después de recibir un mensaje de texto, correo electrónico o mensaje automatizado, respecto de aquellos que no recibieron dicho mensaje. Se recomienda avanzar en definiciones que permitan abordar específicamente esa variable dada la complejidad que aquello involucra, dado la existencia de distintos determinantes del concepto.

En otro orden, es importante destacar que el programa realizó una cuantificación de los precios pagados por medicamento (focalizado en aquellos que pesan más en el gasto) bajo el escenario de compras vía licitación pública o Convenios Marco Chile Compra, más allá de los valores de referencia correspondientes a la provisión vía CENABAST (proveedor público dependiente del MINSAL), lo que permite medir como se asignan los recursos, entre otros, a nivel de patología y medicamento, entre proveedores y en un sentido inter-temporal. Se recomienda que esa información –agregada en la MML- se transparente permanentemente a los SS y establecimientos de APS, ya que ella es una señal para optimizar las compras y pagar precios competitivos.

b. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

El programa tiene un indicador a nivel de fin y propósito relacionado con la eficacia del producto, a saber, “Recetas con despacho total y en forma oportuna a personas con enfermedades no transmisibles con prioridad en las enfermedades cardiovasculares”,

A partir de esta evaluación, se han incrementado esos indicadores en los siguientes:

“Cobertura de medicamentos en la población beneficiaria en relación a la población bajo control (población objetivo)” y “Beneficiarios totales del programa en relación con la población objetivo del programa.” Asimismo, se ha propuesto la cuantificación del gasto del programa (economía) en términos de la ejecución presupuestaria y dos indicadores de eficiencia –proceso y programa-, es decir, porcentaje de los gastos administrativos sobre el gasto total del programa y costo unitario promedio por beneficiario (que se medirá a través de las transferencias que realiza el programa).

En el caso del primero, aun cuando el programa dimensionó los gastos administrativos a nivel intermedio (Servicios de Salud) y a nivel local (establecimientos APS) en el marco de esta evaluación, es necesario que esa metodología se ajuste a nivel regional dada la alta heterogeneidad de esas instituciones.

Al mirar los componentes, el programa tiene indicadores para medir reclamos por no dispensación en los plazos establecidos (dentro de 24 horas) que corresponde al Componente 1. En el caso del Componente 2, el programa tiene 2 indicadores para medir la gestión de mermas de medicamentos e insumos y la atención permanente de farmacias mientras los establecimientos están abiertos.

El panel ha propuesto nuevos indicadores para medir la adherencia a los tratamientos (eficacia-producto) incluido en el componente 1. El indicador se define como “Porcentaje de pacientes con DM2 e hipertensión que acuden a una cita de control después de recibir un mensaje de texto, correo electrónico o llamada automatizada”, tal como se mencionó en la sección a.

Complementariamente, se han propuesto descriptores estadísticos para medir la evolución de los precios, más allá de los precios promedios expuestos y comentados en este informe, de manera de conocer la contribución del programa a la eficiencia de las compras del Estado, tal como se señaló en la sección anterior. Se espera que en el corto plazo, el programa mida esos descriptores e informe a los SS y los establecimientos APS para que realicen informados procesos de compras a través de licitaciones públicas. Lo anterior se justifica también en el marco de compras colusivas hechas por CENABAST comentadas en la parte teórica de este informe, que en la práctica terminan impactando negativamente los presupuestos que el FOFAR asigna a sus medicamentos.

En el caso del componente 2 se proponen 5 indicadores para medir la eficacia y la eficiencia de ese componente. Específicamente hablando, se incorporan indicadores para medir el número de farmacias que atienden en horario hábil, un indicador para medir la existencia de stocks críticos y otro para medir el número de droguerías que satisfacen los requerimientos sanitarios. Respecto a eficiencia se agregó 1 indicador al existente (medición de mermas), cuyo objetivo es medir el gasto promedio que envuelve la contratación de QF y TENS:

Finalmente, cabe destacar que el programa ha realizado esfuerzos permanentes por aumentar la canasta de medicamentos e insumos para pacientes DM2. Buenos ejemplos de lo comentado arriba corresponden a la canasta de insumos con productos más complejos y específicos a las heridas que se desea atender asociadas a pie diabético, las que han ido sostenidamente ampliándose, tal como se explicita en la Orientación Técnica 2018. Asimismo, a partir de este año también se incorporan insumos para la curación de úlcera venosa.

En el caso de la canasta para insumos de pie diabético, a diferencia de lo que existía a inicios del programa (2014) donde esa canasta incluía 9 insumos en un ítem denominado “Insumos para curación de pie diabético” hoy la canasta incluye 31 insumos. En efecto, la primera canasta mencionada incluyó Hidrogel en gel, carboximetilcelulosa (CMC) con plata en láminas, carbón activado con plata en láminas, espuma hidrofílica no adhesiva, hidrogel lamina, alginato en láminas, hidrocoloide en láminas, apósito tradicional en láminas venda gasa semi-elasticada en rollo. En contraste, en las Orientaciones Técnicas que rigen la operación del 2018, esa canasta hace una distinción entre insumos para curación de pie diabético no infectado e infectado.

Esta última canasta tiene 31 insumos, los que se caracterizan de acuerdo a 7 ítemes cuya canasta del 2015 es un subconjunto acotado de ella.

En conclusión, el panel evalúa favorablemente el diseño del programa ya que sigue lineamientos y recomendaciones internacionales, especialmente respecto a la población objetivo considerada

actualmente, y los instrumentos que se proponen para incentivar la adherencia de los pacientes desde la posición del programa (mensajes de texto, llamadas telefónicas). Complementariamente, lo realizado para optimizar la gestión de farmacias va en la dirección correcta, especialmente en lo relacionado a dotar de un stock crítico de medicamentos que permitan atender a todos quienes lo requieran como asimismo, la expansión de los horarios de atención de modo que estén en sintonía con los tiempos en que los establecimientos APS estén abiertos.

Por otro lado, cabe destacar el esfuerzo realizado por el programa para expandir los insumos para heridas (pie diabético), lo que es consistente con una gestión dinámica y cercana a las necesidades reales de los pacientes más críticos.

No obstante lo anterior, también es necesario destacar la necesidad de sistematizar la información que el programa construye. El punto de partida debe ser esta propuesta de MML donde se abren indicadores particulares con objeto de medir todos los ítems a los cuales el programa le asigna recursos. De acuerdo al panel, ello permitirá enriquecer la gestión integral del programa, y justificar las actividades que se hacen periódicamente para modernizar la dispensación de los medicamentos a sus beneficiarios.

Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa

A. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.

FOFAR se ejecuta bajo el modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, cuyos principios son continuidad de la atención, estar centrado en las personas e integralidad. El programa produce dos componentes¹⁶¹:

- **Componente 1:** Población con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia 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); Sistema de solución de reclamos; y Stock Crítico (asegurar provisión de medicamentos por un período de dos meses).
- **Componente 2:** Gestión Farmacéutica: Recursos Humanos (contratación¹⁶² 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 web); y Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de farmacia en los Servicios de Salud y los establecimientos APS, mediante la compra de refrigeradores, construcción de bodegas, o similares.

Ambos componentes son centrales al programa, complementarios entre sí y realizados en forma paralela. El esquema global diseñado por el programa se presenta en la Figura 1¹⁶³.

Figura 1: Esquema global del programa¹⁶⁴



¹⁶¹ 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 Sección III.2. Recomendaciones).

¹⁶² La modalidad de contratos puede ser a honorarios o contrata, dependiendo de las posibilidades/prácticas de cada Municipio o Servicio de Salud. El programa no establece una prioridad de contratación del Municipio o del Servicio de Salud.

¹⁶³ El esquema diseñado por el programa no incluye el Mejoramiento de infraestructura y equipamiento de farmacia en los Servicios de Salud y los establecimientos APS, mediante la compra de refrigeradores, construcción de bodegas, o similares, actividades que son parte del programa.

¹⁶⁴ ECNTs: Enfermedades crónicas no transmisibles

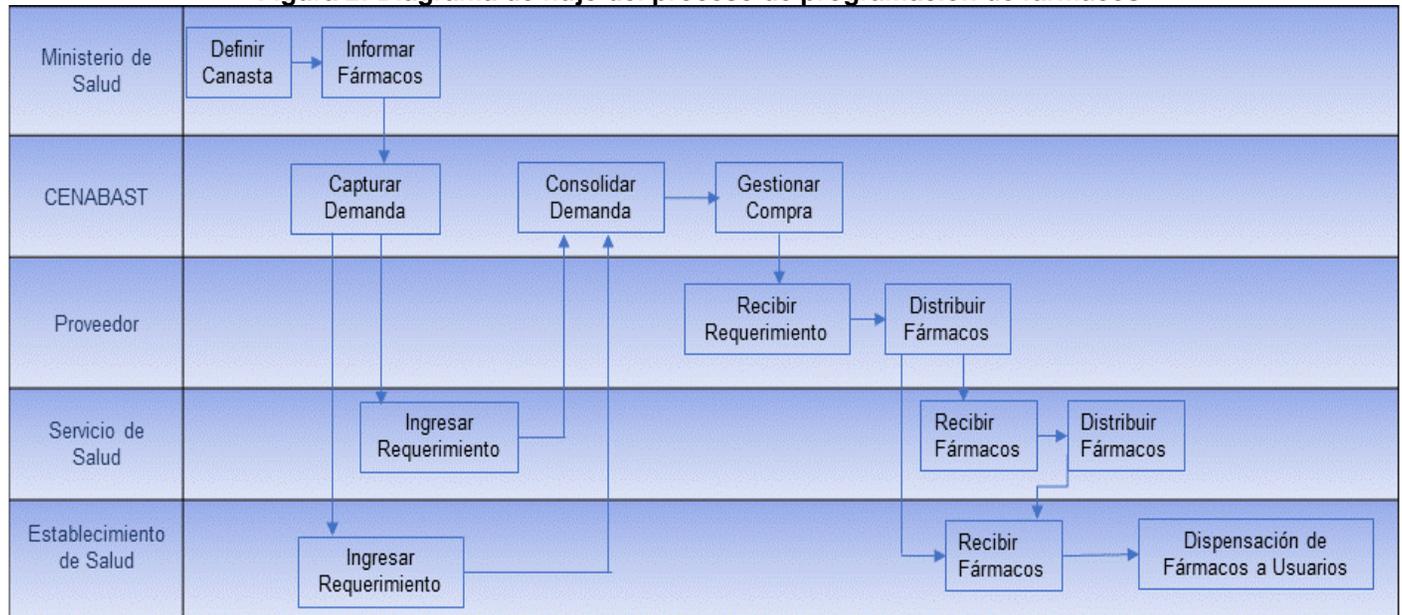
Fuente: MINSAL. Orientación Técnica Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria. Versión 2016-2017. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Santiago (pág, 6 pdf).

La figura de Esquema Global de FOFAR contempla los elementos centrales del programa, estructurándolo en dos componentes: Componente 1 “Acceso oportuno a fármacos y apoyo a la adherencia a tratamiento”, que comprende Fondo de Farmacia (medicamentos e insumos), Adherencia al Tratamiento (mensajería) y Stock Crítico (dos meses); Componente 2 “Gestión Farmacéutica”, que comprende Recursos Humanos (contratación de Químicos Farmacéuticos (QF), Técnicos de Enfermería Nivel Superior en Farmacia, Técnicos de Nivel Superior en Farmacia o Auxiliares de Farmacia) y Sistema de Control (módulos de farmacia y plataforma web). El diagrama incluye también un Sistema de Solución de Reclamos, transversal a ambos componentes.

El esquema presentado en la Figura 1 no coincide totalmente con la descripción de los componentes que se realiza en el mismo documento de Orientación Técnica. En particular, el sistema de solución de reclamos, en el documento de Orientación Técnica, se incluye como parte del Componente 1. Adicionalmente, las definiciones utilizadas en la figura no se corresponden totalmente con las utilizadas en la descripción en extenso. Por último, se describen distintas “estrategias” para los componentes y elementos de los componentes, sin jerarquizarlas o diferenciar entre objetivos y actividades. Por todo ello, el panel considera que esta descripción no permite dar cuenta cabalmente de las actividades realizadas por el programa y su estructura lógica. Por ello, ha propuesto 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, y que se presenta en la sección III.2. Recomendaciones.

Por otra parte, el proceso que el programa denomina “programación de fármacos” es descrito mediante el siguiente diagrama de flujo¹⁶⁵ (Figura 2).

Figura 2: Diagrama de flujo del proceso de programación de fármacos



Fuente: Elaboración del panel en base a diagrama entregado por el programa.

Este diagrama describe los hitos centrales en el proceso de programación de fármacos, que se inicia en la definición de la canasta por parte del MINSAL. Los medicamentos correspondientes a cada patología y los

¹⁶⁵ Dada la imposibilidad del panel de dar cuenta del proceso de producción por la falta de información en la Orientación Técnica u otro documento elaborado por el programa, como también que el programa no completó la pregunta sobre el proceso de producción en la Ficha de Antecedentes – Información complementaria, que la DIPRES solicita para esta evaluación (lo cual fue solicitado al programa en reunión del 26 de enero y a través de correo electrónico enviado por la DIPRES (Sr. Rodrigo Díaz) el 14 de febrero, en reunión del 28 de febrero de 2018 el panel solicitó al programa enviar los diagramas de flujo del proceso de producción. Los diagramas incluidos en este documento fueron enviados por el programa el 2 de marzo.

insumos para la curación de pie diabético han sido los mismos durante todo el período evaluado¹⁶⁶ y se presentan a continuación:

Tabla 7: Listado referencial de medicamentos por patología

Patología	Fármaco (nombre genérico)	Forma farmacéutica (ff)	Presentación
Diabetes mellitus tipo 2	Ácido acetilsalicílico	Comprimido	100 MG
	Atorvastatina	Comprimido	20 MG
	Captopril	Comprimido	25 MG
	Enalapril (maleato)	Comprimido o comprimido ranurado	10 MG
	Glibenclamida	Comprimido ranurado o comprimido	5 MG
	Losartan (potasico)	Comprimido	50 MG
	Lovastatina	Comprimido	20 MG
	Metformina (clorhidrato)	Comprimido o comprimido recubierto	850 MG
	Pravastatina	Comprimido	20 MG
Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más	Tolbutamida	Comprimido	500MG
	Acido acetilsalicílico	Comprimido	100 MG
	Amlodipino	Comprimido	5 MG
	Amlodipino	Comprimido	10 MG
	Atenolol	Comprimido	50 MG
	Atenolol	Comprimido	100 MG
	Atorvastatina	Comprimido	10 MG
	Atorvastativa	Comprimido	20 MG
	Carvedilol	Comprimido	25 MG
	Enalapril (maleato)	Comprimido o comprimido ranurado	5 MG
	Enalapril (maleato)	Comprimido o comprimido ranurado	10 MG
	Enalapril (maleato)	Comprimido o comprimido ranurado	20 MG
	Espironolactona	Comprimido o gragea	25 MG
	Furosemida	Comprimido	40MG
	Hidroclorotiazida	Comprimido	50 MG
	Losartan (potasico)	Comprimido	50 MG
Lovastatina	Comprimido	20 MG	
Nifedipino	Comprimido liberacion retardada	20 MG	
Dislipidemia	Propranolol	Comprimido	40 MG
	Atorvastatina	Comprimido 10 mg	10 MG
	Atorvastatina	Comprimido 10 mg	20 MG
	Lovastatina	Comprimido	20 MG
	Pravastatina	Comprimido	20 MG

Fuente: Orientación Técnica FOFAR - Versión 2016 – 2017

Tabla 8: Insumos incluidos para la curación avanzada del pie diabético

Hidrogel en gel
Carboximetilcelulosa con plata en láminas
Carbón activado con plata en láminas
Espuma hidrofílica no adhesiva
Hidrogel lámina
Alginato en láminas
Hidrocoloide en láminas
Apósito tradicional en láminas
Venda gasa semielasticada en rollo

¹⁶⁶ El listado de dispositivos médicos para la curación de pie diabético se ha ampliado considerablemente para el año 2018, estableciendo insumos diferenciados para pie diabético infectado y no infectado, como también para la curación de úlcera venosa. Por su parte, el listado referencial de medicamentos para la diabetes mellitus tipo 2 pasó de 10 a 7, el de hipertensión arterial de 18 a 16 y el de dislipidemia de 4 a 2. El detalle se encuentra en la Orientación Técnica del Programa 2018, paginas 9-11 y 35. Los cambios señalados en el documento.

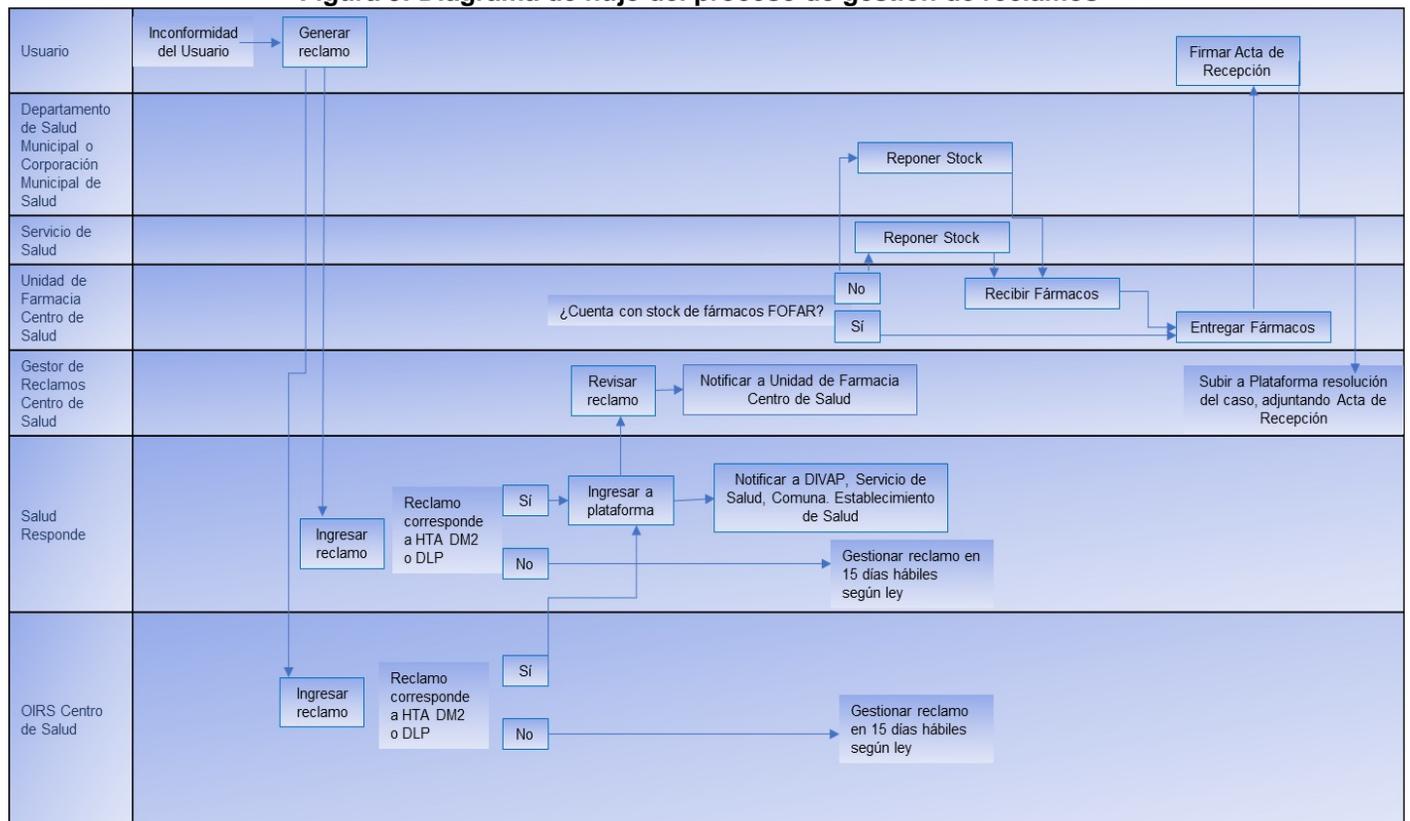
Una vez definida la canasta, el MINSAL la envía a CENABAST. El proceso continúa con la captura de la demanda a través del ingreso del requerimiento por parte de los servicios de salud y los establecimientos de salud¹⁶⁷. Luego, CENABAST consolida la demanda y gestiona la compra. A continuación, el proveedor recibe el requerimiento y distribuye los medicamentos a los Servicios de Salud y los establecimientos APS. A su vez, los Servicios de Salud también distribuyen los medicamentos a los establecimientos. Finalmente, se produce la dispensación del fármaco a los usuarios en los establecimientos APS. Cabe señalar que los Servicios de Salud también pueden realizar compras vía mercado público, lo que no está contemplado en la Figura 2¹⁶⁸.

El proceso de programación de fármacos es anual y el levantamiento se ejecuta en marzo/abril de cada año. El proceso de compra se realiza durante todo el año.

A juicio del panel, el proceso de programación de compra está bien diseñado y se encuentran claramente establecidas las responsabilidades de las entidades involucradas en los distintos momentos.

Por otra parte, en el caso de que el fármaco no sea entregado al paciente, se implementa un proceso de gestión de reclamos, presentado en el siguiente diagrama:

Figura 3: Diagrama de flujo del proceso de gestión de reclamos



Fuente: Elaboración del panel en base a diagrama entregado por el programa.

Este diagrama describe los hitos centrales en el proceso de gestión de reclamos. El proceso comienza cuando se genera una inconformidad del usuario, continúa en el ingreso del reclamo por parte del usuario ante Salud Responde o la OIRS del establecimiento; luego, estas entidades certifican que el reclamo

¹⁶⁷ La Orientación Técnica 2016-2017 contiene recomendaciones para la compra de medicamentos a través de la CENABAST como proceso habitual, mediante la agregación de demanda que realizan los Servicios de Salud, que es revisada por la DIVAP. No obstante, también sugiere otras vías de agregación de demanda que pueden realizar los municipios de manera conjunta

¹⁶⁸ Ver descripción del proceso de compra en Anexo 13.

corresponda al programa. En caso de que corresponda¹⁶⁹, el reclamo se ingresa a la plataforma para ser revisado por el Gestor de Reclamos de los Centros de Salud, quien notifica a la Unidad de Farmacia de Centro de Salud, como también a la DIVAP, el Servicio de Salud, la comuna y el establecimiento de salud. La Unidad de Farmacia del Centro de Salud verifica si tiene stock del medicamento que no ha sido entregado al usuario. Si cuenta con stock, el fármaco es entregado al usuario¹⁷⁰, quien firma un acta de recepción, que es subida a la plataforma. Si no cuenta con stock, la Unidad de Farmacia solicita reposición al Servicio de Salud y/o a Departamento de Salud Municipal o la Corporación Municipal de Salud, quienes reponen el stock y lo entregan a la Unidad de Farmacia. La Unidad de Farmacia registra la recepción del fármaco y lo entrega al usuario, quien firma un acta de recepción que es subida a la plataforma.

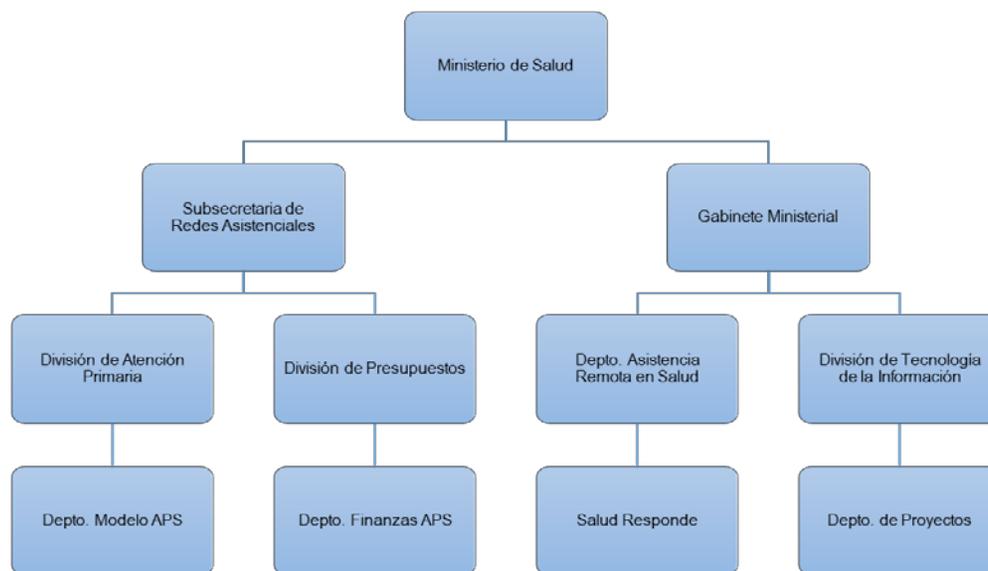
El reclamo debe ser solucionado en un plazo máximo de 24 horas hábiles. El proceso de gestión de reclamos se realiza de manera permanente durante todo el año.

A juicio del panel, el proceso de gestión de reclamos está adecuadamente diseñado, pues se trata de un mecanismo ordenado y jerárquico para resolver los reclamos, incluyendo la descripción específica del rol del personal contratado por FOFAR.

B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.

La estructura organizacional de FOFAR al interior del MINSAL puede observarse en el siguiente organigrama preparado por el programa¹⁷¹:

Figura 4: Organigrama de FOFAR



Fuente: Elaboración del panel en base en información del programa.

Como muestra la Figura 4, a nivel de la Subsecretaría de Redes Asistenciales toman parte de la ejecución del programa la DIVAP y la División de Presupuestos. También toma parte el Gabinete Ministerial a través del Departamento de Asistencia Remota en Salud y la División de Tecnología de la Información y Comunicaciones.

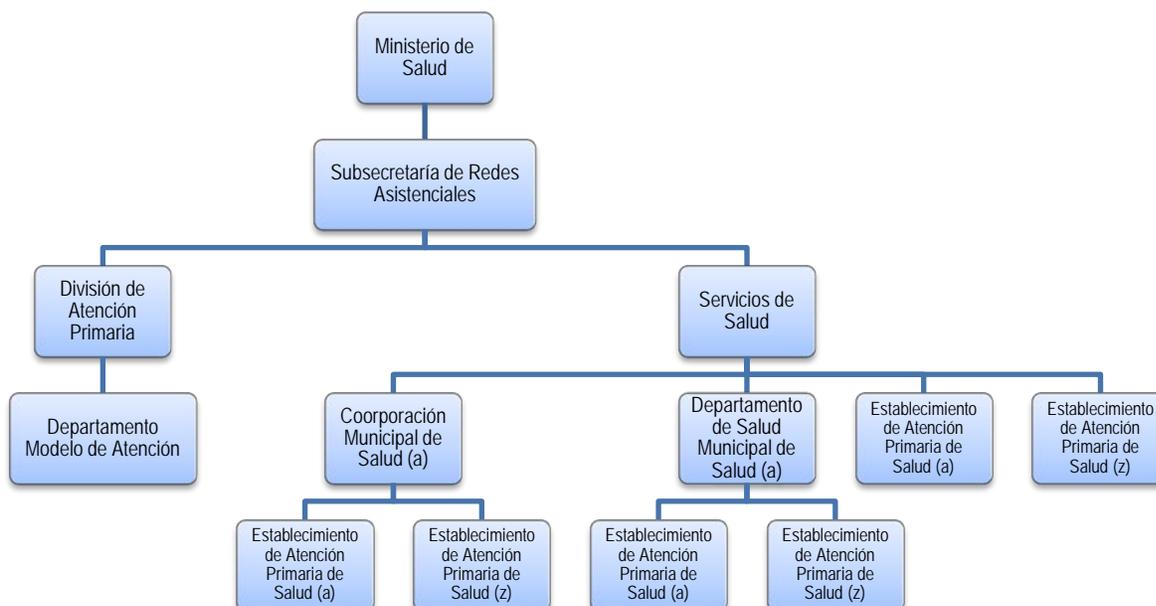
¹⁶⁹ En caso de que el reclamo no corresponda, se produce un cierre administrativo y no es contabilizado como reclamo FOFAR. Se considera que un reclamo no corresponde cuando se trata de un medicamento no contemplado en las Orientaciones Técnicas del programa o alguna causal no relacionada con la dispensación (por ejemplo, usuario no cuenta con receta vigente, no tiene hora médica y similares)

¹⁷⁰ Según información entregada por el programa en reunión del 28 de febrero de 2018, si el usuario o un familiar no se encuentra en el establecimiento, el fármaco es entregado en su domicilio.

¹⁷¹ Organigrama enviado por solicitud del panel el 2 de marzo de 2018

Por otra parte, como señala el programa, la gestión y articulación de FOFAR es responsabilidad del Departamento Modelo de Atención Primaria, dependiente de la División de la Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL¹⁷². En su ejecución en el nivel local participan los 29 Servicios de Salud, las corporaciones municipales y los establecimientos de atención primaria de salud. La estructura es la siguiente (Figura 5):

Figura 5: Estructura de ejecución de FOFAR



Fuente: Elaboración del panel.

Respecto del personal¹⁷³, a nivel central FOFAR cuenta con un Jefe de Programa y un Referente Técnico, con dedicación parcial al programa; dos Jefes de Proyecto TIC; un profesional del Departamento de Programación Financiera APS; y operadores(as) del Call Center Salud Responde. A nivel local cuenta con Referentes Técnicos (QF) en los 29 Servicios de Salud, como también QF y TENS en las comunas.

El personal de FOFAR en el nivel local no está destinado exclusivamente al programa. Los QF y TENS¹⁷⁴ financiados por el programa son funcionarios de corporaciones municipales o establecimientos de atención primaria de salud y realizan también otras funciones del área de farmacia en APS, con contratos de 44 horas.

Por otra parte, la dependencia, funciones y horas de trabajo del personal de FOFAR es la siguiente:

¹⁷² Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Información Complementaria", documento elaborado por el programa en base a un formato cuya autoría pertenece a DIPRES. Es uno de los primeros insumos para una evaluación de este tipo.

¹⁷³ La Ficha de Antecedentes del Programa-Información Complementaria señala que el programa cuenta con un referente a nivel central, el Jefe de Proyecto TIC y referentes en cada Servicio de Salud, consignando las funciones de cada uno. En reunión sostenida el 28 de febrero el programa señaló que cuenta con dos referentes técnicos a nivel central, un profesional del Departamento de Programación Financiera APS, un Jefe de Proyecto TIC, personal de Call Center (Salud Responde), referentes en todos los servicios de salud y, por último, Químicos Farmacéuticos y Técnicos de Enfermería de Nivel Superior (TENS) en las comunas. Por su parte, la Orientación Técnica del programa 2016-2017 no considera ningún aspecto referido al personal del programa. Por ello, la descripción del personal y la Tabla respectiva han sido realizadas combinando las fuentes indicadas, e incorporando además la Minuta del programa sobre el Informe de Avance entregada el 23 de marzo y la información entregada por el programa en reunión del 5 de abril de 2018, en que revisó dicha Minuta. Se ha dejado pendiente aquello sobre lo cual el panel no cuenta con información en este momento.

¹⁷⁴ Técnicos de Enfermería Nivel Superior en Farmacia, técnicos nivel superior en Farmacia o Auxiliares de Farmacia.

Tabla 9: Caracterización del personal de FOFAR

Personal	Nivel	Dependencia	Función	Horas asignadas al programa (horas promedio mensual) ¹⁷⁵
Referente Técnico ¹⁷⁶ (Químico Farmacéutico)	Central	Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria MINSAL	Elaborar orientaciones técnico-administrativas Monitoreo y evaluación del programa a nivel nacional. Propuesta de distribución de recursos del programa a los diferentes servicios de Salud y Comunas. Monitoreo de los reclamos y su resolución (Revisar los motivos de cierre del reclamo). Entregar canasta de programación de medicamentos a CENABAST. Participar de las comisiones de adquisición, para estar al tanto de los procesos adjudicatorios. Responder dudas del programa en lo concerniente a su área.	132
Referente Técnico (Químico Farmacéutico)	Central	Departamento Modelo de Atención APS, División de Atención Primaria MINSAL	Coordinar la gestión del programa al interior del departamento y del MINSAL. Coordinar actualizaciones del tablero de mando del FOFAR. Monitoreo y evaluación de estrategia de mensajería y gestión de citas. Participar en elaboración de orientaciones técnico-administrativas. Participar en propuesta de distribución de recursos del programa a los diferentes servicios de Salud y Comunas. Responder dudas del programa en lo concerniente a su área.	44
Jefe de Proyecto	Central	División de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Gabinete Ministerial, MINSAL	Actualizar la plataforma Tablero de Mando FOFAR (gestionar cargas de datos, hacer correcciones de datos de la carga, creación de nuevos centros de costos, coordinación con proveedor, entre otras actividades).	40
Jefe de Proyecto ¹⁷⁷	Central	División de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, Gabinete Ministerial, MINSAL	Gestionar la mensajería de texto y gestión de citas: gestiona las interacciones con el proveedor para realizar la actualización de los centros adheridos a esta estrategia, provee de información.	33
Asesora Financiera	Central	Departamento de Programación Financiera APS, División de Presupuesto	Gestionar la resolución financiera de los recursos del programa, hacer monitoreo del estado de los convenios para el traspaso de recursos a los Servicios de Salud y posteriormente a las comunas.	15,6

¹⁷⁵ Las horas que se incluyen han sido tomadas del archivo Excel "Cálculo horas FOFAR nivel central 2018" enviado por el programa el 6 de marzo de 2018.

¹⁷⁶ En archivo Excel "Cálculo horas FOFAR nivel central 2018" se denomina "Encargado(a) del Programa", mientras que en los otros documentos utilizados para construir esta sección (nota a pie 72) se utiliza la expresión "Referente Técnico". No obstante, en reunión sostenida el 5 de abril el programa señaló que la denominación corresponde a "Referente Técnico".

¹⁷⁷ La Ficha de Antecedentes del Programa-Información Complementaria señala que el programa cuenta con un Jefe de Proyecto TIC, información que también fue entregada por el programa en reunión sostenida el 28 de febrero. Sin embargo, el archivo Excel "Cálculo horas FOFAR nivel central 2018" incluye dos Jefes de Proyectos TIC, con sus horas asignadas. La existencia de dos Jefes de Proyecto fue ratificada en Minuta del programa sobre el Informe de Avance, enviada el 22 de marzo de 2018.

Personal	Nivel	Dependencia	Función	Horas asignadas al programa (horas promedio mensual) ¹⁷⁵
		MINSAL		
Operadores(as)	Central	Call Center Salud Responde, Departamento de Asistencia Remota en Salud, Gabinete Ministerial, MINSAL	Atender las llamadas (consultas/reclamos) relacionadas con FOFAR.	No existe estimación de horas
Referente Técnico (Químico Farmacéutico)	Local	Servicios de Salud	Implementar en el territorio las orientaciones técnico-administrativas del programa. Monitorear y evaluar el programa a nivel local. Elaborar propuesta de distribución de recursos del programa y coordinar con referente técnico nivel central. Monitorear los reclamos y su resolución (Revisa el motivo que origina el reclamo, solicita antecedentes a la comuna y chequea resolución). Responder dudas sobre implementación del programa. Gestionar adquisición y provisión de fármacos, insumos y dispositivos médicos para los establecimientos de su dependencia o aquellos en los cuales la gestión de estos productos esté a cargo del Servicio de Salud.	No existe estimación de horas
Químico Farmacéutico	Local	Dirección de Salud Comunal o Establecimiento de Salud dependiente de la Corporación Municipal, Departamento de Salud Municipal, o del Servicio de Salud	Las establecidas por la Norma General Técnica N°12 del Ministerio de Salud.	No existe estimación de horas
Técnicos de Enfermería Nivel Superior en Farmacia, Técnicos de Nivel Superior en Farmacia o Auxiliares de Farmacia	Local	Establecimiento de Salud dependiente de la Corporación Municipal, Departamento de Salud Municipal, o del Servicio de Salud	Dispensación, registro y seguimiento.	No existe estimación de horas

Fuente: Elaboración del panel con base en información entregada por el programa.

Respecto de los dos QF a nivel central (ambos "Referente Técnico"), las funciones de ambos fueron precisadas durante esta evaluación, pues en principio el programa señaló que ambos referentes realizaban las mismas tareas, sólo que uno le dedicaba más tiempo que otro¹⁷⁸. A juicio del panel, las

¹⁷⁸ Información entregada por el programa en reunión del 5 de abril de 2018.

funciones que han sido definidas son claras y permiten distinguir las tareas y funciones acorde a las horas dedicadas al programa.

Respecto de las funciones de ambos “Jefe de Proyecto TIC”, el panel considera que están precisadas y diferenciadas, y se estima que son coherentes con la carga horaria.

Respecto de la Asesora Financiera, el panel considera que su definición de funciones y carga horaria son adecuadas y coherentes entre sí.

Respecto de los operadores de Call Center, corresponden a profesionales de la salud. El programa no cuenta con una estimación de horas dedicadas al programa. No obstante, cuenta con el número total de llamados por año, que es el siguiente:

Cuadro 46: Reclamos¹⁷⁹ y consultas sobre el programa atendidas por operadores(as) Call Center, 2014-2017

Tipo de llamada	2014	2015	2016	2017	Total
Reclamo	319	272	442	170	1.203
Consulta	28	164	805	101	1.098
Total	347	436	1.247	271	2.301

Fuente: Información entregada por el programa.

Como se observa en el Cuadro 47, el número de llamados por año y total, tanto para atender consultas como reclamos, corresponde a un número ínfimo comparado con el total de beneficiarios del programa.

Respecto del personal de FOFAR en el nivel local, el QF a nivel de Servicio cumple una serie de funciones referidas a la coordinación del programa en relación con los distintos establecimientos en el nivel local. A la fecha, el panel no cuenta con las horas que el QF dedica a estas funciones. Por su parte, el QF en el nivel local cumple con una serie de funciones establecidas en la Norma General Técnica N°12 del Ministerio de Salud¹⁸⁰. El programa no cuenta con una definición de funciones específicas. A juicio del panel, esto es adecuado, debido a que la contratación de QF ha tenido, desde sus inicios, el objetivo de mejorar el conjunto de la gestión farmacéutica y no sólo cumplir funciones referidas específicamente al programa. Por lo mismo, el programa ha señalado que es prácticamente imposible estimar la dedicación horaria a FOFAR, pues todas las actividades desempeñadas por el QF están vinculadas. Por ejemplo, la coordinación de la atención farmacéutica en consultorios, postas de salud rural y de la bodega centralizada de Farmacia de su dependencia implica medicamentos FOFAR y no FOFAR.

Por último, en los establecimientos de salud, ya sean dependientes las corporaciones municipales, departamentos de salud municipales, o de los Servicios de Salud, según ha informado el programa, cuentan con Técnicos de Enfermería Nivel Superior en Farmacia, Técnicos de Nivel Superior en Farmacia o Auxiliares de Farmacia. En la Orientación Técnica del Programa 2016-2017 se señala que puede ser “Técnico Paramédico o Auxiliar con curso en farmacia”, el cual según lo señalado en el DS N° 1704 de 1993 debe ser profesional auxiliar de química y farmacia¹⁸¹. Las funciones asignadas son de “Dispensación, registro y seguimiento”¹⁸², sin precisar el objeto sobre el cual se realizan estas

¹⁷⁹ Los reclamos no son necesariamente todos asociados a FOFAR, pues algunos se registran como FOFAR pero una revisión posterior puede indicar que no corresponde a FOFAR y por tanto se cierran administrativamente (Información entregada por el programa en reunión del 5 de abril de 2018).

¹⁸⁰ Las funciones son: Cumplir con las políticas nacionales de la atención farmacéutica en el territorio municipal y con la reglamentación vigente sobre estupefacientes y psicotrópicos; Aplicar las normas y procedimientos establecidos por la Dirección del Servicio de Salud para la atención farmacéutica en los establecimientos de salud municipalizados de su dependencia; Responder al control y supervisión técnica de la Dirección del Servicio de Salud; Coordinar la atención farmacéutica en consultorios, postas de salud rural y bodega centralizada de Farmacia de su dependencia; Educar sobre el uso racional de medicamentos; Contribuir al aseguramiento el suministro de los medicamentos y dispositivos médicos a los establecimientos de atención primaria de su dependencia; y Controlar y evaluar el cumplimiento de los procedimientos de suministro de medicamentos e insumos terapéuticos. Fuente: Orientación Técnica del Programa 2016-2017 (pág. 16 y 17 pdf).

¹⁸¹ Orientación Técnica del Programa 2016-2017, pág. 17 pdf. El panel solicita al programa aclarar la diferencia del personal señalado en las Orientación Técnica y el personal indicado por el programa.

¹⁸² Orientación Técnica del Programa 2016-2017, pág. 17 pdf.

actividades¹⁸³. La estimación de horas no está disponible, por las mismas razones señaladas en el caso de los QF en el nivel local.

Por otra parte, respecto de los mecanismos de coordinación entre las distintas instancias a nivel central, según información entregada por el programa¹⁸⁴, existe un mecanismo regular de coordinación con la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), que consiste en que una vez al año, en el mes de marzo o abril, FOFAR envía a CENABAST el listado de la cartera de productos farmacéuticos que deberán estar disponibles para el año siguiente, para que CENABAST privilegie y asegure la compra de dichos productos. El programa no ha definido otros mecanismos de coordinación formales a nivel central. La coordinación con otras instancias del nivel central es de carácter informal, esporádica y de acuerdo con la demanda. El panel no ha detectado la necesidad de establecer coordinaciones regulares en el nivel central, por lo que las coordinaciones de acuerdo con la demanda se estiman adecuadas.

Respecto de los mecanismos de coordinación de FOFAR con el nivel local, según información entregada por el programa¹⁸⁵, durante los años 2014 y 2015 se realizaron diversas reuniones y videoconferencias con los Servicios de Salud y las comunas, destinados a la instalación del programa. También se realizó una Jornada Nacional. No obstante, desde 2016 no se realizan estas instancias, dado que el programa considera que está instalado y por lo tanto no son necesarias. En su reemplazo, el programa cuenta con mecanismos de carácter informal y esporádico, de acuerdo con las demandas del nivel local. Además, se ha priorizado el trabajo con los referentes mediante videoconferencias, con el objeto de apoyar la gestión del programa en el nivel local. Los temas abordados fueron Orientación Técnica del Programa, mensajería, seguimiento farmacéutico, entre otros¹⁸⁶. Cabe consignar que en los Servicios de Salud se realizan reuniones de farmacia con periodicidad mensual o bimensual, en las cuales se analiza FOFAR, entre otros temas. Además, a juicio del panel, sí existen coordinaciones regulares y establecidas en relación con el monitoreo y su resolución, pues la función está asignada tanto para uno de los referentes técnicos a nivel central como a nivel de los servicios, y el programa cuenta con un protocolo de resolución de dichos reclamos.

A juicio del panel los mecanismos de coordinación informales, esporádicos y de acuerdo con la demanda, con el nivel local, son suficientes y adecuados para cumplir con los objetivos del programa. Esto fue ratificado por el panel en su visita a terreno¹⁸⁷. En ella se pudo constatar también que el Referente Técnico del Servicio de Salud mantiene una coordinación permanente con los QF encargados del programa en los distintos establecimientos, que está dada por la misma dinámica del programa, específicamente en relación con la gestión del stock crítico.

Por otra parte, en relación con los programas que se orientan a la misma población objetivo y están vinculados con los objetivos de FOFAR, según información entregada por el programa¹⁸⁸ no existen tales programas.

El panel considera importante consignar que la población objetivo FOFAR corresponde a la población bajo control del PSCV¹⁸⁹. El objetivo general del PSCV es “Reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas”¹⁹⁰. La Orientación Técnica del PSCV 2017 menciona y describe a FOFAR, pues a través de este se realiza la entrega de medicamentos a sus pacientes, como también el QF que participa de las actividades para mejorar la adherencia de la población bajo control del PSCV es financiado por FOFAR. Por su parte, la Orientación Técnica de FOFAR 2016-2017 no menciona el PSCV. Ambos programas están vinculados,

¹⁸³ El panel solicita al programa precisar a qué se refieren estas funciones.

¹⁸⁴ Reunión sostenida el 28 de febrero de 2018

¹⁸⁵ Reunión sostenida el 28 de febrero de 2018

¹⁸⁶ Información entregada por el programa en la Minuta de respuesta al Informe de Avance, enviada el 22 de marzo de 2018.

¹⁸⁷ Realizada al Servicio de Salud Sur Oriente y el Consultorio Las Vertientes el 8 de marzo de 2018.

¹⁸⁸ Reunión sostenida el 28 de febrero de 2018

¹⁸⁹ Ver sección 2. Caracterización y cuantificación de la población potencial y objetivo

¹⁹⁰ MINSAL. Orientación Técnica del Programa de Salud Cardiovascular 2017. (pág. 10)

pues FOFAR contribuye al logro del objetivo del PSCV mediante la entrega de medicamentos a la población bajo control del PSCV y las actividades para mejorar la adherencia al tratamiento (mensajería para informar sobre estilos de vida saludable y autocuidado, gestión de citas y actividades del QF).

C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

Los recursos financieros del programa están contenidos en la Ley de Presupuesto del Sector Público¹⁹¹. Tienen como propósito garantizar la disponibilidad de recursos para solventar los gastos asociados a este programa, entre los meses de enero y diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

El presupuesto se calcula en base a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular, del cual forman parte los beneficiarios de FOFAR. Para cada año, se basa en el presupuesto del año anterior (histórico) más la expansión aprobada por el Ministerio de Hacienda para el año siguiente. Se considera que este criterio es adecuado y pertinente por cuanto corresponde a la población objetivo que el programa se ha propuesto atender, lo que aporta favorablemente al logro del propósito.

El programa se ejecuta en establecimientos de atención primaria que pueden ser de dependencia administrativa de Servicios de Salud o Municipal, o corresponder a ONGs y Organizaciones sin fines de lucro.

Los recursos son asignados cada año en el nivel central a los Sub Títulos 21 (Recursos Humanos), 22 (Bienes y Servicios de Consumo) y 24 (Transferencias) del presupuesto de cada servicio de Salud, por Resolución Exenta.

La distribución por Sub Título se efectúa, en el caso de los gastos en personal, en base a la valorización de los recursos humanos que financiará el programa en cada Servicio (profesionales QF y TENS). En el caso de los bienes y servicios de consumo, corresponden a la valorización de la canasta de medicamentos e insumos, en base a un precio promedio proporcionado por CENABAST. Los restantes rubros de gasto se asignan de acuerdo a su costo estimado, como es el caso de equipamiento o mejora en las condiciones de almacenaje de los medicamentos. Se considera que lo descrito es un mecanismo adecuado de asignación de recursos por subtítulos y por SS, porque se basa en información objetiva, clara y pertinente.

Tabla 10: Ejecución del presupuesto por ST, por tipo de establecimiento

Subtítulo	Dependencia SS	Dependencia Municipal
ST 21 Gastos en personal	X	
ST 22 Bs. y Ss. consumo	X	
ST 24 Transferencias		X

Fuente: Elaboración del panel en base a información MINSAL

Cabe señalar que el presupuesto ejecutado en los establecimientos de dependencia Municipal (ST 24 Transferencias) se puede gastar en medicamentos, personal y mejoramiento de la infraestructura de bodegas. Sin embargo, en la ejecución presupuestaria no queda registrado con esta apertura, lo que impide la trazabilidad del gasto según sea en medicamentos, personal u otros.

El presupuesto financia los gastos de las siguientes líneas de acción que considera el programa:

- a. *Medicamentos, insumos y dispositivos de uso médico* entregados a beneficiarios. Responden a una canasta establecida por el programa, de acuerdo con estándares técnicos (Ver Tabla 3).
- b. *Recursos humanos*. Químicos Farmacéuticos y Técnicos de Nivel Superior en Farmacia, destinados a mejorar la gestión de farmacia en Servicios de Salud.

Se calculan de acuerdo con la política institucional de cierre de brechas de estándares de dotación de QF en APS, informada en el año 2013. El estándar establece que en APS debe existir un QF por cada

¹⁹¹ Partida 16 correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 (establecimientos dependientes de Servicios de Salud) y glosa 02 (establecimientos de administración municipal).

20.000 beneficiarios inscritos por comuna, en tanto que para TENS, es de uno por 200 prescripciones diarias en el consultorio. Este estándar es sujeto a ajustes en función de variables como ruralidad o dispersión geográfica, lo que puede resultar en excepciones. El programa no cuenta con una medición que permita cuantificar su aporte en el cierre de brechas de los estándares de dotación o en el mejoramiento de la gestión en farmacia¹⁹².

c. *Mejoramiento de la infraestructura de bodegas de farmacia en Servicios de Salud y en Comunas.*

Corresponde a aportes en dinero efectuados por el programa para mejorar las bodegas de farmacia en Servicios de Salud y Comunas. Esta acción obedece a la necesidad de ajustarse a los cambios en la normativa vigente sobre el manejo de farmacias¹⁹³, que establece que los lugares de acopio de medicamentos deben contar con autorización sanitaria (AS). No todos los establecimientos cuentan con esta autorización, ya que su inicio de funcionamiento es, en la mayoría de los casos, anterior a la fecha de la dictación de Norma Técnica 147.

La siguiente tabla muestra las droguerías existentes en Servicios de Salud y su situación respecto a la norma de AS, así como también en cuáles ha concurrido el aporte FOFAR. Como se puede apreciar, un total de 10 droguerías cuentan con AS, de las cuales 6 fueron financiadas por FOFAR. Además, 6 Droguerías se encuentran en proceso de obtención de AS, todas con aportes FOFAR. En total, el programa ha concurrido con financiamiento para 13 del total de 15 droguerías (87%).

Tabla 11: Droguerías existentes en Servicios de Salud y su situación respecto a la Autorización Sanitaria

Droguerías según fuente de financiamiento	Servicio de Salud	15
Droguerías financiadas por FOFAR con AS	SS Ñuble, Concepción, Talcahuano, Arauco, Reloncaví y M. Oriente	6
Droguerías financiadas FOFAR con AS en trámite	SS Osorno)	1
Droguerías con AS previa a FOFAR y mejoraron la droguería con aporte FOFAR	SS Coquimbo y Viña del Mar	2
Droguerías en proceso de obtención de AS con aporte FOFAR	Servicios de Salud Maule, Araucanía Sur, M. Sur y M. Sur Oriente,	4
Total droguerías con aporte FOFAR		13
Droguerías con otros aportes	Servicios de Salud Biobío y Valdivia	2

Fuente: Elaboración del panel con información FOFAR

Esta contribución se evalúa en forma positiva ya que el cumplimiento del estándar de AS indica que se cuenta con condiciones adecuadas de almacenamiento, lo que debería contribuir a la disminución de mermas. Sin embargo, no existe información que permita medir este supuesto. Con respecto al hecho de que casi el 50% de los Servicios de Salud no cuentan con AS, se considera que es una línea de acción necesaria en la que el programa debería avanzar, ya que aporta al cumplimiento del propósito, en tanto las correctas condiciones de almacenamiento deberían contribuir a la disminución de mermas.

Mecanismos de transferencia y modalidad de pago

Los recursos son transferidos por FONASA a los Servicios de Salud por indicación del nivel central de la DIVAP. Los S.S. ejecutan directamente los recursos del programa que se realiza en centros de salud de su dependencia. La información disponible señala que, en el año 2017, los establecimientos de dependencia municipal concentraban el 86,3% del total de beneficiarios del programa, frente al 13,1% de beneficiarios de centros de salud de dependencia de los Servicios de Salud. No se dispone de información que permita establecer alguna diferencia en los resultados del programa en razón de la dependencia de los establecimientos.

¹⁹² El programa se encuentra gestionando información en los niveles locales para aportar datos tendientes a cuantificar este aporte.

¹⁹³ Norma Técnica 147 de Buenas Prácticas de Almacenamiento, MINSAL e ISP. Decreto 57 de 25 de febrero de 2013.

En el caso de los establecimientos municipalizados, el Servicio de Salud transfiere los recursos a los municipios mediante convenios celebrados entre ambas instancias. El panel tuvo acceso a tres convenios diferentes¹⁹⁴ y se pudo constatar que, si bien no existe un modelo tipo de convenio ya que cada Servicio de Salud lo define en virtud de sus atribuciones, no existen variaciones que afecten las cláusulas de compromisos entre ambas partes.

El convenio establece la obligación del Servicio de Salud de transferir recursos a las municipalidades, quienes a su vez se comprometen a ejecutar el programa en sus dos componentes, estableciendo indicadores, metas y medios de verificación, además de un mecanismo de monitoreo y evaluación del cumplimiento de estas metas, lo que se detalla en la siguiente sección de este documento.

Los Servicios de Salud transfieren los recursos en 2 cuotas anuales consistentes en 70% al inicio del año (a la fecha de firma del convenio) y el 30% restante en el mes de octubre, de acuerdo a la evaluación que realiza el programa del cumplimiento de las metas comprometidas, con fecha de corte al 31 de agosto del año¹⁹⁵. A partir del año 2018 se incluirá una cláusula de renovación automática del convenio, para asegurar la transferencia de recursos desde el primer mes y así evitar posibles interrupciones en la provisión de servicios del programa.

Como resultado de la evaluación de cumplimiento de metas, se pueden reasignar a otros establecimientos, todos o parte de los recursos de la segunda cuota, de acuerdo al porcentaje de incumplimiento de los resultados comprometidos. En la siguiente tabla se especifican los porcentajes de descuento, de acuerdo al grado de incumplimiento de metas.

Tabla 12: Porcentaje de descuento por incumplimiento de metas comprometidas 2018
Fecha de corte: 31 de agosto del año

Porcentaje de cumplimiento del programa	Porcentaje de descuento 2° cuota
60%	0 %
Entre 50%- 59,99%	25%
Entre 40% - 49,99%	50%
Entre 30% - 39,99%	75%
Menos de 30%	100%

Fuente: Res. Ex. 24 de fecha 08.01.2018

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.

Se considera que el programa cuenta con adecuados mecanismos de transferencia de recursos y de pago, porque están asociados al cumplimiento de indicadores con metas claramente establecidas y con medios de verificación objetivos. Ello permite la atención oportuna de beneficiarios, contribuyendo de manera positiva al cumplimiento del propósito.

Asimismo, se evalúa que los medios de control disponibles son adecuados porque responden a la normativa legal vigente.

No obstante, se aprecia un vacío en la cadena de rendición de cuentas, ya que no se ha considerado la necesidad reportar, desde los Servicios de Salud, al nivel central del uso de los recursos presupuestarios por parte de las unidades ejecutoras. Ello contribuiría a retroalimentar el proceso de programación financiera anual, en términos de verificar la pertinencia y suficiencia de los criterios usados en la asignación de recursos, así como también constatar si existen variaciones entre Servicios de Salud respecto de su capacidad de ejecución del presupuesto, a fin de efectuar futuras reasignaciones.

¹⁹⁴ A) Convenio S.S.M. Sur Oriente con Municipalidad de Puente Alto, Res. Afecta N°007 del 21.03.2017.

B) Convenio S.S. Chiloé con Municipalidad de Castro, Res. Ex. N°1719 del 19.03.2017.

C) Convenio S.S. Coquimbo con Municipalidad de Ovalle, Res. Ex.N°792 del 10.03.2017.

¹⁹⁵ Las metas se describen y analizan en el siguiente punto de este documento D. “Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable”, Tabla 9.

D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

Según consta en la Resolución que aprueba FOFAR para el año 2018¹⁹⁶, el monitoreo y evaluación se orienta a conocer el grado de desarrollo y cumplimiento de los diferentes componentes del programa, con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia. El cumplimiento global se evalúa mediante el cumplimiento individual de cada componente, ponderando el peso relativo de los indicadores. Como se señaló, el cumplimiento de las metas de estos indicadores es utilizado como condición por los Servicios de Salud para realizar la segunda transferencia de los recursos a los establecimientos APS. Los indicadores se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 13: Indicadores de evaluación considerados por el programa

Componente	Nombre Indicador	Meta	Peso relativo
Componente 1: Población con acceso oportuno a medicamentos de Atención Primaria de Salud y apoyo en la adherencia al tratamiento	Indicador 1 Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno ¹⁹⁷ a personas con condición crónica 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 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%
Componente 2: Gestión Farmacéutica	Indicador 3 Valorizado de merma de medicamentos estimado para los Servicios de Salud	Meta 3 100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores al establecido en el Servicio de Salud	10%
	Indicador 4 Porcentaje de establecimientos de atención primaria con atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del establecimiento	Meta 4 100% de los establecimientos con atención permanente de farmacia	25%
Cumplimiento global del programa			100%

Fuente: Resolución Exenta N°24. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 8 de enero de 2018

Respecto de los indicadores presentados en la Tabla 13, es importante consignar que la metodología empleada para el cálculo del indicador que el programa denomina “Valorizado de merma”, incluye la obtención de un porcentaje de merma valorizada, por sobre el total disponible valorizado. Por ello, el indicador debiera denominarse “Porcentaje de merma de medicamentos” en vez de “Valorizado de merma”¹⁹⁸. Además, respecto de la meta de este indicador (100% de establecimientos con mermas de medicamentos menores al establecido en el Servicio de Salud), según información entregada por el programa¹⁹⁹ los Servicios de Salud no determinan un porcentaje de merma específico. Por su parte, las Orientaciones Técnicas no establecen un porcentaje de merma máximo esperado. Esto es evaluado en

¹⁹⁶ Resolución Exenta N°24. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 8 de enero de 2018.

¹⁹⁷ 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.

¹⁹⁸ Véase Orientaciones Técnicas 2018, pág. 21 y 22.

¹⁹⁹ Según información entregada por el programa en reunión sostenida el 10 de mayo de 2018, en la práctica los Servicios de Salud no determinan un porcentaje de merma específico. Las Orientaciones Técnicas no establecen un porcentaje de merma máximo esperado.

forma negativa por el panel, pues induce a error respecto de los indicadores de seguimiento que utiliza el programa.

Corresponde a los Servicios de Salud evaluar el grado de cumplimiento del programa de acuerdo con las metas definidas. Esta evaluación se realiza con cortes al 31 de agosto y 31 de diciembre de cada año, fecha en que el programa deberá tener ejecutadas el 100% de las acciones comprometidas, y se presenta en dos informes (primera y segunda evaluación). Adicionalmente, la Resolución 2018 contempla que el programa puede solicitar informes de avance adicionales extraordinarios a los Servicios de Salud, referidos al funcionamiento del programa en alguna comuna en particular o en toda la red. Según información entregada por el programa²⁰⁰, al final de cada año calendario el Servicio de Salud envía un Informe Anual de Actividades. El programa afirma utilizarlos parcialmente, dado que cuentan con gran parte de la misma información en el Tablero de Mando. Por ello, el programa utiliza los informes que consignan actividades o prácticas adicionales a las registradas en ese sistema de información, tales como actividades educativas o similares, las cuales son informadas al conjunto de Servicios de Salud, para incentivar buenas prácticas²⁰¹. A juicio del panel, los ítems que contiene el Informe Anual de Actividades que debe elaborar el Servicio²⁰² comprenden una diversidad mucho mayor que la información contenida en el Tablero de Mando. Además de los 4 indicadores de gestión, los Servicios deben informar obligatoriamente los “Hitos del período” o actividades que se realizan con recursos de FOFAR (por ejemplo, talleres, compras, contratación o continuidad de recurso humano, otros), como también incorporar conclusiones referidas al desarrollo del programa durante todo el periodo, algunas fortalezas o debilidades que pudieran apreciar, oportunidades de intervención del equipo de farmacia que se evidenciaran, y otros. A juicio del panel, esta información es valiosa para efectos de monitoreo del programa, por lo que la afirmación del programa de utilizarlos de manera parcial le parece inadecuada respecto del tiempo que los Servicios de Salud emplean para elaborar esos informes, como también en relación con la riqueza de la información que pueden proveer para efectos de seguimiento y mejoramiento de la gestión del programa. Por ello, recomienda definir e implementar un protocolo de utilización de esos informes, para apoyar y mejorar la gestión del programa.

Según la Resolución que aprueba el programa en 2018²⁰³, la información para evaluar el cumplimiento del programa debe ser enviada cada 15 días, de acuerdo a la calendarización de carga anual de los sistemas de información existentes o el Formulario Web disponible. La Resolución no define el organismo que debe enviar esta información ni a quien debe ser enviada.

A juicio del panel, los indicadores y metas respectivas (100% de cumplimiento) son adecuados a los objetivos del programa, pues los objetivos de este programa no admiten cumplimientos parciales (todas las recetas se deben entregar). No obstante, el número de indicadores puede ser ampliado para medir otras dimensiones del programa, incluidas en la Matriz de Marco Lógico (Anexo 2a). Se debe destacar que el programa cuenta con un sistema de información (Tablero de Mando) que permite medir los indicadores propuestos, de modo que el programa podría monitorear estos indicadores en el futuro y utilizarlos para su gestión.

Respecto de evaluaciones del programa que hayan sido efectuadas durante el período evaluado, el programa informa²⁰⁴ que realizan informes de seguimiento y monitoreo solicitado por SEGPRES, entre ellos para el Mensaje Presidencial, MIDESO (informe semestral), DIPRES (informe trimestral) y Balance de Gestión Integral Anual. El programa no cuenta con otro estudio o evaluación específica.

Por último, el programa no cuenta con línea base ni con información que permita reconstruirla, pues es imposible medir el porcentaje de la población objetivo con acceso a los medicamentos al momento de inicio del programa, ya que no existen registros sobre esta materia. Esto es considerado en forma

²⁰⁰ Reunión sostenida el 28 de febrero de 2018.

²⁰¹ Reunión sostenida el 10 de mayo de 2018.

²⁰² Formato enviado al panel mediante correo electrónico el 11 de abril de 2018.

²⁰³ Resolución Exenta N°24. Aprueba el Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria de Salud. 8 de enero de 2018.

²⁰⁴ Reunión sostenida el 28 de febrero de 2018.

negativa por el panel, pues impide realizar una evaluación de los resultados y logros más significativos del programa.

Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados

El programa no incorpora enfoque de género²⁰⁵ en ninguno de los siguientes aspectos: identificación del problema; definición de población objetivo; definición del propósito y componentes; provisión de los bienes y servicios y; formulación de indicadores.

A juicio del panel, la decisión del programa de no incorporar enfoque de género es pertinente, puesto que su población objetivo está conformada por hombres y mujeres que tienen los problemas de salud considerados, los cuales deben ser atendidos por igual. Si bien existen diferencias de género en la utilización de los servicios de atención de salud (las mujeres tienden a consultar más y tienen una mayor percepción de enfermedad²⁰⁶), el acceso a los servicios de atención de salud no es materia de FOFAR, sino que se encarga de la población que ya ha accedido a estos.

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA				RECOMENDACIONES	
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo General del Programa: Asegurar a la población bajo control en establecimientos de APS con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, el acceso oportuno y seguro a los medicamentos, insumos y dispositivos médicos para curación avanzada de heridas, incorporando actividades de información y/o comunicación para apoyar la adherencia al tratamiento	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa según evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? Si/No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? Si/No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio? Si/No	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? Si/No	No aplica
				¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	
				Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	
FOFAR	No		No	No	No	No	No	

²⁰⁵ "Ficha de Antecedentes del Programa, Información Complementaria ", documento elaborado por el programa en base a un formato cuya autoría pertenece a DIPRES. Es uno de los primeros insumos para una evaluación de este tipo.

²⁰⁶ Vega, J; Bedregal, P; Jadue, L; Delgado, I. "Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile". Rev. méd. Chile v.131 n.6 Santiago jun. 2003.

Anexo 5: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos.

I. Fuentes de financiamiento del Programa, período 2014-2018

Corresponde incluir las fuentes de financiamiento del programa, sus montos (presupuesto) y porcentajes respectivos.

Si no se cuenta con información de presupuesto para alguno de los ítems, incluir información de gastos, explicitando esto en una nota al pie del cuadro.

Las fuentes a considerar son las que se describen a continuación:

1. Fuentes presupuestarias:

1.1. Asignación Específica al Programa: Corresponde al presupuesto asignado al programa en la Ley de Presupuestos de los respectivos años.

1.2. Asignación institución responsable: Son los recursos financieros aportados al Programa por la institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en los respectivos subtítulos 21 "Gastos en Personal", 22 "Bienes y Servicios de Consumo", 29 "Adquisición de Activos No Financieros" u otros. Ver clasificadores presupuestarios en documento "Instrucciones para Ejecución del Presupuesto del Sector Público" en http://www.dipres.gob.cl/594/articulos-134517_doc_pdf.pdf

1.3. Aportes en Presupuesto de otras instituciones públicas: Son los recursos financieros incorporados en el presupuesto de otros organismos públicos (Ministerios, Servicios y otros), diferentes de la institución responsable del programa y que no ingresan a su presupuesto. Corresponderá incluir el detalle de dichos montos identificando los organismos públicos que aportan.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2017, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en tabla de la hoja "Portada".

2. Fuentes Extrapresupuestarias:

Son los recursos financieros que **no provienen** del Presupuesto del Sector Público, tales como: aportes de Municipios, organizaciones comunitarias, los propios beneficiarios de un programa, sector privado o de la cooperación internacional. Corresponderá elaborar las categorías necesarias e incluir el detalle de los montos provenientes de otras fuentes de financiamiento, identificando cada una de ellas. Si no se cuenta con información de presupuesto para este ítem, incluir información de gastos, explicitando esto en una nota al pie del cuadro.

Cuadro N°1
Fuentes de financiamiento del Programa, período 2014-2018 (en miles de pesos año 2018)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo cada categoría, pues los totales, porcentajes y variaciones se calcularán automáticamente

Fuentes de Financiamiento	2014		2015		2016		2017		2018		Variación 2014-2018
	Monto	%	%								
1. Presupuestarias	\$ 28.055.459	100%	\$ 29.317.023	100%	\$ 38.593.255	100%	\$ 39.598.700	100%	\$ 40.996.348	100%	46%
1.1. Asignación específica al Programa	\$ 28.015.637	100%	\$ 29.273.644	100%	\$ 38.547.725	100%	\$ 39.551.986	100%	\$ 40.949.635	100%	46%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	\$ 39.822	0%	\$ 43.378	0%	\$ 45.530	0%	\$ 46.714	0%	\$ 46.714	0%	17%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	#DIV/0!
2. Extrapresupuestarias	\$ 0	0%	#DIV/0!								
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	#DIV/0!
Total	\$ 28.055.459		\$ 29.317.023		\$ 38.593.255		\$ 39.598.700		\$ 40.996.348		46%

Fuente:

2. Información presupuestaria del Programa respecto del presupuesto de la Institución Responsable, período 2014-2018

En la primera columna de la matriz de datos, se incluyen los montos del presupuesto inicial de la Institución Responsable, considerando la totalidad de los recursos institucionales. La cifra corresponde al presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos del año respectivo.

En la segunda columna de la matriz de datos, se incluyen los montos del presupuesto inicial del Programa, sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable. **Las cifras coinciden con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°1 "Fuentes de Financiamiento del Programa".**

Cuadro N°2
Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2014-2018
(en miles de pesos año 2018)

NOTA: Sólo debe completarse la columna "presupuesto inicial de la Institución responsable" ya que el resto del cuadro se completa y calcula automáticamente con información proveniente del cuadro 1.

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2014	\$ 39.822	\$ 28.015.637	70351%
2015	\$ 43.378	\$ 29.273.644	67484%
2016	\$ 45.530	\$ 38.547.725	84665%
2017	\$ 46.714	\$ 39.551.986	84669%
2018	\$ 46.714	\$ 40.949.635	87661%

Fuente: FOFAR.

3. Ejecución Presupuestaria del Programa, período 2014-2018

Se debe señalar el total de presupuesto y gasto del programa en evaluación, desagregado en los subtítulos presupuestarios de: (i) personal, (ii) bienes y servicios de consumo, (iii) transferencias, (iv) inversión, y (v) otros, los que se pide identificar. Cuando los recursos que provienen de la Institución Responsable (1.2 Cuadro 1) no tengan una desagregación directa según su aporte al programa, se debe realizar la estimación correspondiente, asumiendo el programa respectivo como un Centro de Costos (adjuntar anexo de cálculo y supuestos de dicha estimación en el punto 7. Metodología). A continuación se especifican los Subtítulos presupuestarios a considerar:

Personal	Subtítulo 21
Bienes y Servicios de Consumo	Subtítulo 22
Transferencias	Subtítulos 24 y 33
Inversión	Subtítulos 31 y 29
Otros	Otros Subtítulos

Nota: (1) Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005.

En la primera columna de la matriz de datos, corresponde incluir los montos del presupuesto inicial del Programa (A), sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable (**Las cifras deben coincidir con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°1**).

En la segunda columna de la matriz de datos, se ingresa el Presupuesto Vigente (B), que se encuentra disponible en los reportes de ejecución elaborados por DIPRES. Ver Informes de Ejecución por Programa al Cuarto trimestre, disponible en www.dipres.gob.cl

El gasto devengado (C) corresponde a todos los recursos y obligaciones del programa que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no percibidas o pagadas. La información contenida en este punto debe ser consistente con la del Cuadro N°4 "Gasto Total del Programa", en lo que se refiere a la columna de gasto devengado del presupuesto inicial.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2017, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la tabla de la hoja "Portada":

Cuadro N°3
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2014-2018
(en miles de pesos año 2018)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo cada categoría de presupuesto y gasto, pues los totales y porcentajes se calcularán automáticamente.

AÑO 2014	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 1.170.059	\$ 1.164.665	\$ 1.164.665	100,0%	99,5%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 14.786.104	\$ 14.566.202	\$ 14.566.202	100,0%	98,5%
Transferencias	\$ 10.466.931	\$ 10.692.229	\$ 10.692.229	100,0%	102,2%
Inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	--	--
Otros (Identificar)	\$ 1.592.543	\$ 1.592.543	\$ 1.592.543	100,0%	100,0%
Total	\$ 28.015.637	\$ 28.015.639	\$ 28.015.639	100,0%	100,0%

Fuente: Información entregada por el programa.

AÑO 2015	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 1.862.512	\$ 1.865.244	\$ 1.865.244	100,0%	100,1%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 2.925.137	\$ 7.506.102	\$ 7.506.102	100,0%	256,6%
Transferencias	\$ 22.131.183	\$ 17.345.682	\$ 17.345.686	100,0%	78,4%
Inversión	\$ 0	\$ 201.805	\$ 201.803	100,0%	--
Otros (Identificar)	\$ 2.354.812	\$ 2.354.812	\$ 2.354.812	100,0%	100,0%
Total	\$ 29.273.644	\$ 29.273.644	\$ 29.273.648	100,0%	100,0%

Fuente: FOFAR.

AÑO 2016	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 1.762.440	\$ 1.712.628	\$ 1.692.479	98,8%	96,0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 10.331.397	\$ 11.319.139	\$ 10.366.261	91,6%	100,3%
Transferencias	\$ 24.181.155	\$ 22.889.264	\$ 22.761.710	99,4%	94,1%
Inversión	\$ 0	\$ 304.150	\$ 304.150	100,0%	--
Otros (Identificar)	\$ 2.272.734	\$ 2.272.734	\$ 2.272.734	100,0%	100,0%
Total	\$ 38.547.725	\$ 38.497.915	\$ 37.397.334	97,1%	97,0%

Fuente: FOFAR.

AÑO 2017	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 1.654.117	\$ 1.652.822	\$ 1.671.959	101,2%	101,1%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 11.557.530	\$ 10.600.802	\$ 10.441.395	98,5%	90,3%
Transferencias	\$ 24.116.496	\$ 26.108.687	\$ 25.292.453	96,9%	104,9%
Inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	--	--
Otros (Identificar)	\$ 2.223.844	\$ 2.223.844	\$ 2.223.844	100,0%	100,0%
Total	\$ 39.551.986	\$ 40.586.155	\$ 39.629.651	97,6%	100,2%

Fuente: FOFAR.

AÑO 2018	Presupuesto Inicial
Personal	\$ 1.610.628
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 11.321.319
Transferencias	\$ 25.849.015
Inversión	\$ 0
Otros (Identificar)	\$ 2.168.673
Total	\$ 40.949.635

Fuente: FOFAR.

4. Gasto Total del Programa, período 2014-2017

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del Programa, incluidos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas (1.3) o provenientes de "Fuentes Extrapresupuestarias" (2.1. otras fuentes), señaladas en el cuadro N° 1.

En la primera columna de la matriz de datos, corresponde incluir el **gasto devengado del presupuesto asignado** en la Ley de Presupuestos. En otras palabras, este gasto es el financiado con los recursos consignados en los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°1 "Fuentes de Financiamiento del Programa" y presentado en la cuarta columna del Cuadro 3 "Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)".

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2017, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la tabla de la hoja "Portada".

En la última columna, el monto **total de gasto del programa** para cada año deberá ser igual al monto total del Cuadro N°5 "Gastos Total del Programa según uso" del respectivo año.

Cuadro N°4
Gasto Total del Programa, período 2014-2017
(en miles de pesos año 2018)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo las celdas de la segunda columna "Otros gastos". La columna "Gasto Devengado del Presupuesto" se completa automáticamente con la información del cuadro N° 3. El total se calculará automáticamente.

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2014	\$ 28.015.639	\$ 28.015.639	56031277,75
2015	\$ 29.273.648	\$ 29.273.648	58547295,01
2016	\$ 37.397.334	\$ 37.397.334	74794668,9
2017	\$ 39.629.651	\$ 39.629.651	79259301,97

Fuente: FOFAR.

5. Gasto Total del Programa, desagregado según uso, período 2014-2017

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del Programa, incluidos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas o provenientes de las otras fuentes señaladas en el cuadro N° 1 (ingresos obtenidos, aportes privados, etc.) y presentado en la última columna del Cuadro 4.

Corresponde señalar el desglose del gasto total del programa (incluidas todas las fuentes de financiamiento) en: (i) gastos de administración y (ii) gastos de producción de los componentes del programa.

Los **gastos de administración** se definen como todos aquellos desembolsos financieros que están relacionados con la generación de los servicios de apoyo a la producción de los componentes, tales como contabilidad, finanzas, secretaría, papelería, servicios de luz, agua, etc..

Los **gastos de producción** corresponden a aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de subsidios, becas, prestaciones de salud, etc..

Los gastos de administración y producción deben ser desagregados según su uso, considerando recursos destinados a: (i) Recursos Humanos y (ii) Otros Gastos. Los recursos efectivamente destinados a la contratación de personal (Recursos Humanos) pueden ser independientes de su fuente de financiamiento y de si éstos son dedicados a la producción de los componentes o para la gestión/administración del programa. En los Otros Gastos se deben incorporar todos los gastos que no corresponden a contratación de personal y pueden desagregarse en la medida en que la evaluación lo requiera y la información así lo permita.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la tabla de la hoja "Portada":

NOTA: 1) Para aclarar la definición de "Gastos de Administración" y "Gastos de Producción" se sugiere revisar el capítulo XV de documento "Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías", División de
2) Para completar el Cuadro ingrese sólo cada categoría de gasto, pues los totales y porcentajes se calcularán automáticamente.

Cuadro N°5
Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2014-2018
(en miles de pesos año 2018)

AÑO 2014	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 2.599.250	\$ 39.822	\$ 2.639.073	9,4%
Otros Gastos	\$ 25.376.568	\$ 0	\$ 25.376.568	90,6%
Total	\$ 27.975.818	\$ 39.822	\$ 28.015.641	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	99,9%	0,001421438	-----	-----

Fuente: FOFAR.

AÑO 2015	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 3.605.234	\$ 43.378	\$ 3.648.612	12,5%
Otros Gastos	\$ 25.625.035	\$ 0	\$ 25.625.035	87,5%
Total	\$ 29.230.270	\$ 43.378	\$ 29.273.648	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	99,9%	0,00148181	-----	-----

Fuente: FOFAR.

AÑO 2016	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 3.690.340	\$ 45.530	\$ 3.735.870	10,0%
Otros Gastos	\$ 33.661.464	\$ 0	\$ 33.661.464	90,0%
Total	\$ 37.351.805	\$ 45.530	\$ 37.397.334	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	100%	0,001217459	-----	-----

Fuente: FOFAR.

AÑO 2017	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 5.301.160	\$ 46.714	\$ 5.347.874	13,5%
Otros Gastos	\$ 34.281.777	\$ 0	\$ 34.281.777	86,5%
Total	\$ 39.582.937	\$ 46.714	\$ 39.629.651	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	99,9%	\$ 0	-----	-----

Fuente: FOFAR.

6. Gasto de Producción de los Componentes del Programa, período 2014-2017

Se debe señalar el monto total de gastos involucrados en la producción de cada componente del programa (1). En los casos que corresponda se debe hacer la desagregación por región, considerando el gasto efectivo realizado en cada región.

Los gastos de producción de los componentes del programa son aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de subsidios, becas, prestaciones de salud, etc. (1)
El total de gasto de producción de cada año, debe ser coincidente con el total anual de Gasto de Producción del Cuadro 5.

Nota:

(1) Ver Anexo II de documento "Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías", División de Control de Gestión, DIPRES, 2016; en http://www.dipres.gob.cl/594/articulos-135135_doc_pdf.pdf

Cuadro N°6
Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2014-2017
(en miles de pesos año 2018)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo las celdas con los montos de gastos de cada componente por región, pues los totales se calcularán automáticamente

AÑO 2014	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 181.948	\$ 351.531	\$ 422.151	\$ 280.782	\$ 970.012	\$ 2.455.295	\$ 1.126.268	\$ 1.731.954	\$ 3.427.052	\$ 1.359.166	\$ 545.964	\$ 1.227.906	\$ 121.168	\$ 201.728	\$ 9.420.922	\$ 23.823.846
Componente 2	\$ 38.670	\$ 38.670	\$ 56.008	\$ 79.565	\$ 201.570	\$ 244.020	\$ 278.460	\$ 81.036	\$ 453.887	\$ 153.606	\$ 149.445	\$ 241.972	\$ 88.202	\$ 43.416	\$ 450.723	\$ 2.599.250
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 220.618	\$ 390.201	\$ 478.159	\$ 360.347	\$ 1.171.582	\$ 2.699.315	\$ 1.404.727	\$ 1.812.990	\$ 3.880.939	\$ 1.512.773	\$ 695.409	\$ 1.469.877	\$ 209.370	\$ 245.144	\$ 9.871.645	\$ 26.423.096

Fuente: FOFAR.

AÑO 2015	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 152.386	\$ 376.468	\$ 440.946	\$ 272.822	\$ 882.669	\$ 2.245.114	\$ 1.180.182	\$ 1.581.392	\$ 3.250.696	\$ 1.432.172	\$ 577.763	\$ 1.298.174	\$ 133.954	\$ 177.412	\$ 9.311.452	\$ 23.313.601
Componente 2	\$ 61.993	\$ 92.035	\$ 77.490	\$ 96.494	\$ 305.260	\$ 310.036	\$ 270.166	\$ 238.001	\$ 689.867	\$ 208.300	\$ 160.727	\$ 318.793	\$ 125.396	\$ 78.295	\$ 572.381	\$ 3.605.234
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 214.378	\$ 468.504	\$ 518.436	\$ 369.316	\$ 1.187.929	\$ 2.555.150	\$ 1.450.349	\$ 1.819.392	\$ 3.940.562	\$ 1.640.472	\$ 738.490	\$ 1.616.968	\$ 259.350	\$ 255.707	\$ 9.883.833	\$ 26.918.835

Fuente: FOFAR.

AÑO 2016	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 247.420	\$ 481.047	\$ 594.023	\$ 338.356	\$ 1.236.337	\$ 3.182.065	\$ 1.546.639	\$ 2.241.555	\$ 4.547.272	\$ 2.019.780	\$ 758.752	\$ 1.653.807	\$ 158.190	\$ 281.017	\$ 12.147.999	\$ 31.434.260
Componente 2	\$ 56.921	\$ 84.569	\$ 71.185	\$ 150.571	\$ 288.551	\$ 375.695	\$ 248.528	\$ 241.545	\$ 728.110	\$ 191.357	\$ 147.782	\$ 392.578	\$ 115.135	\$ 71.906	\$ 525.906	\$ 3.690.340
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 304.340	\$ 565.616	\$ 665.208	\$ 488.927	\$ 1.524.889	\$ 3.557.760	\$ 1.795.167	\$ 2.483.100	\$ 5.275.382	\$ 2.211.138	\$ 906.535	\$ 2.046.385	\$ 273.325	\$ 352.923	\$ 12.673.905	\$ 35.124.601

Fuente: FOFAR.

AÑO 2017	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 215.887	\$ 472.407	\$ 649.045	\$ 333.879	\$ 1.166.685	\$ 3.147.518	\$ 1.719.727	\$ 2.173.212	\$ 4.624.817	\$ 2.059.245	\$ 801.983	\$ 1.717.694	\$ 162.181	\$ 287.113	\$ 12.573.256	\$ 32.104.647
Componente 2	\$ 54.976	\$ 107.897	\$ 68.675	\$ 172.502	\$ 292.350	\$ 538.644	\$ 229.447	\$ 382.750	\$ 889.630	\$ 184.596	\$ 206.827	\$ 409.853	\$ 111.197	\$ 69.411	\$ 1.582.403	\$ 5.301.160
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Componente N	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 270.863	\$ 580.305	\$ 717.720	\$ 506.381	\$ 1.459.036	\$ 3.686.162	\$ 1.949.174	\$ 2.555.962	\$ 5.514.447	\$ 2.243.840	\$ 1.008.810	\$ 2.127.547	\$ 273.378	\$ 356.524	\$ 14.155.658	\$ 37.405.807

Fuente: FOFAR.

7. Metodología de trabajo para estimaciones

La metodología utilizada para el cálculo de los gastos de producción y administrativos se presenta en el Anexo 14 de este documento.

Anexo 6: Población Potencial por diagnóstico (sin corrección por comorbilidad) de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia, por grupo etario y sexo (2014 – 2017)

Población	2014	2015	2016	2017	% (2017)	Variación Porcentual 2014-2017
Población potencial Hipertensión Arterial						
HTA (según prevalencia) 15 y más años	2.375.738	2.450.150	2.477.224	2.507.290	100,0	5,54
HTA (según prevalencia) 15 y más años Hombres	871.291	899.281	909.842	935.617	37,3	7,38
HTA (según prevalencia) 15 y más años Mujeres	1.504.447	1.550.869	1.567.382	1.571.673	62,7	4,47
HTA (según prevalencia) 15 a 64 años	1.381.169	1.406.931	1.406.888	1.407.542	56,1	1,91
HTA (según prevalencia) 15 a 64 años Hombres	483.409	492.426	492.411	506.715	20,2	4,82
HTA (según prevalencia) 15 a 64 años Mujeres	897.760	914.505	914.477	900.827	35,9	0,34
HTA (según prevalencia) 65 años y más	994.569	1.043.219	1.070.336	1.099.747	43,9	10,58
HTA (según prevalencia) 65 años y más Hombres	387.882	406.856	417.431	428.901	17,1	10,58
HTA (según prevalencia) 65 años y más Mujeres	606.687	636.364	652.905	670.846	26,8	10,58
Población potencial Diabetes tipo 2						
DM 2 (según prevalencia) 15 y más años	1.266.416	1.301.741	1.312.257	1.324.108	100,0	4,56
DM 2 (según prevalencia) 15 y más años Hombres	485.105	498.718	506.980	511.713	38,6	5,48
DM 2 (según prevalencia) 15 y más años Mujeres	781.311	803.023	805.276	812.395	61,4	3,98
DM 2 (según prevalencia) 15 a 64 años	879.726	896.135	896.107	896.524	67,7	1,91
DM 2 (según prevalencia) 15 a 64 años Hombres	334.296	340.531	340.521	340.679	25,7	1,91
DM 2 (según prevalencia) 15 a 64 años Mujeres	545.430	555.603	555.587	555.845	42,0	1,91
DM 2 (según prevalencia) 65 años y más	386.691	405.606	416.149	427.585	32,3	10,58
DM 2 (según prevalencia) 65 años y más Hombres	150.809	158.186	166.460	171.034	12,9	13,41
DM 2 (según prevalencia) 65 años y más Mujeres	235.881	247.420	249.690	256.551	19,4	8,76
Población potencial Dislipidemia						
Dislipidemia (según prevalencia) 15 y más años	3.104.075	3.181.634	3.199.270	3.219.643	100,0	3,72
Dislipidemia (según prevalencia) 15 y más años Hombres	1.006.297	1.056.753	1.062.750	1.069.666	33,2	6,30
Dislipidemia (según prevalencia) 15 y más años Mujeres	2.097.778	2.124.880	2.136.520	2.149.978	66,8	2,49
Dislipidemia (según prevalencia) 15 a 64 años	2.454.434	2.500.215	2.500.139	2.501.301	77,7	1,91
Dislipidemia (según prevalencia) 15 a 64 años Hombres	785.419	825.071	825.046	825.429	25,6	5,09
Dislipidemia (según prevalencia) 15 a 64 años Mujeres	1.669.015	1.675.144	1.675.093	1.675.872	52,1	0,41
Dislipidemia (según prevalencia) 65 años y más	649.640	681.419	699.131	718.342	22,3	10,58
Dislipidemia (según prevalencia) 65 años y más Hombres	220.878	231.682	237.704	244.236	7,6	10,58
Dislipidemia (según prevalencia) 65 años y más Mujeres	428.763	449.736	461.426	474.106	14,7	10,58

Fuente: Elaboración del panel en base a información FOFAR.

Anexo 7: Expansión Programas de Reforzamiento APS 2017

PROGRAMA DE CONTINGENCIAS OPERACIONALES 2018

MILES DE PESOS

		CONCEPTOS	APS
DIVAP		PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS (PESPI)	2
			0
		Total	2
		EXPASION SUBTITULO 24-01-395	
DIVAP		Dif. Población APS 2,09% año 2014 (Farmacos)	2.869.806
DIVAP		Diferencial de Población AP 2017	2.658.486
DIVAP		Ley 20.883 Art 44° (\$60.000 por 44 hrs.)	254.737
DIVAP		Diferencial de Reajuste	41.092
DIVAP	PG	Especialistas APS	278.537
DIVAP	PG	SAPU de Alta Resolutividad	3.975.082
DIVAP	PG	Fondo de Farmacia	49.269
DIVAP	PG	CECOSF (100 NUEVOS)	2.860.155
DIVAP	PG	SAR (NUEVOS)	10.521.692
DIVAP		RETIROS	17.100.870
		Total expansion subtítulo 24-01-395	40.609.726
		TOTAL CONTINUIDAD SUBTITULO 24-03-298	
DIVAP	PG	CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR (CECOSF)	2.084.134
DIVAP	PG	FONDO DE FARMACIA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	1.515.675
DIVAP	PG	MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	1.270.549
DIVAP	PG	MEJORAMIENTO DE ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA (ADULTO)	2.184.146
DIVAP	PG	MEJORAMIENTO DE ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA (IV MEDIO)	1.776.073
DIVAP		REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA EN LA RED DE SALUD (RBC)	402.065
DIVAP	PG	SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUCIÓN (SAR)	3.012.731
DIVAP	PG	EFFECTO PRECIO PER CÁPITA	61.413.156

DIVAP		EQUIDAD EN SALUD RURAL	152.458
DIVAP		PILOTO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL, CON ÉNFASIS EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS(AS) Y ADOLESCENTES (NNA) CON VULNERACIÓN DE DERECHOS Y/O SUJETOS A LA LEY DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE (C)	489.184
DIVAP		IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	1.139.390
DIVAP		LEY 19.813 Y 20.157 PARTE FIJA METAS SANITARIAS APS	3.700.466
DIVAP		DIFERENCIAL DE POBLACIÓN APS	6.223.054
DIVAP		DESPENALIZACION ABORTO	273.626
		TOTAL EXPANSIONES SUBTITULO 24-03-298	85.636.707
		TOTAL 24-03-298	126.246.433
		TOTALES SUBTÍTULO 24	126.246.435
FNS-DIVPRE		Compensación por Daños a Terceros y/o a la Propiedad	0
		TOTALES CONTINUIDAD SUBTÍTULO 26	0
DIVAP	PG	MEJORAMIENTO DE ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA (IV MEDIO)	1.436.400
DIVAP		REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA EN LA RED DE SALUD (RBC)	362.619
		TOTAL EXPANSION AÑO 2017 SUBT 29-03	1.799.019
			0
DIVAP		REHABILITACIÓN INTEGRAL CON BASE COMUNITARIA EN LA RED DE SALUD (RBC)	11.949
		TOTAL EXPANSIONES SUBTITULO 29-05	11.949
		TOTAL SUBTÍTULO 29	1.810.968
		TOTAL CONTINGENCIAS M\$	131.528.691

Fuente: FOFAR

Anexo 8: Listado de Programas de Reforzamiento APS - 2017

Nº	Programa
1	Programa GES odontológico
2	Programa Sembrando Sonrisas
3	Programa de demencia (inicia 2017)
4	Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria
5	Programa Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes
6	Programa de intervenciones breves en alcohol
7	Programa Acompañamiento a niños y niñas y adolescentes con alto riesgo sicosocial
8	Programa de Espacios amigables para adolescentes
9	Programa Control de Salud del niño (a) Sano/a en el Establecimiento Educacional para la Población Escolar de 5 a 9 años
10	Programa Resolutividad en Atención Primaria
11	Programa de Salud Pueblos Indígenas (incluye Prilonko 3 SS)
12	Programa Odontológico Integral
13	Programa Mejoramiento del acceso a la Atención Odontológica
14	Programa de Equidad en Salud Rural
15	Programa de Apoyo Inmunización de Influenza Neumococo en el Nivel Primario de Atención
16	Programa Rehabilitación Integral en la Red de Salud
17	Programa Salud Mental Integral en AP
18	Programa Apoyo a la salud mental infantil (CHCC)
19	Programa Más adultos mayores autovalentes
20	Programa de Apoyo al desarrollo Biopsicosocial
21	Programa de Apoyo a buenas prácticas en el modelo de atención de salud integral familiar y comunitario en APS
22	Programa Centros comunitarios de Salud Familiar /operación-continuidad. CESCOF
23	Programa Reforzamiento de la atención de salud integral de NNA vinculados a SENAME
24	Programa de atención domiciliaria a personas con Dependencia Severa
25	Programa Imágenes Diagnósticas
26	Programa Vida sana intervención en factores de riesgo de enfermedades crónicas asociadas a la malnutrición en niños, niñas, adolescentes, adultos y mujeres post parto
27	Programa Fondo de Farmacia para enfermedades crónicas no transmisibles en APS
28	Programa de Apoyo a la gestión en el nivel primario de salud en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud
29	Programa Infecciones Respiratorias Infantiles IRA (DSS)
30	Programa de Control de enfermedades Respiratorias del Adulto ERA (DSS)
31	Programa Asistencia ventilatoria no invasiva de adulto (AVNIA)
32	Programa Asistencia ventilatoria invasiva en adulto (AVIA)
33	Programa Reanimación Cardiopulmonar y DEA (En 1 Servicio de Salud anual)
34	Programa Asistencia ventilatoria invasiva (AVI)

Nº	Programa
35	Programa Asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI)
36	Programa SAPU
37	Programa SUR Urgencia Rural
38	Programa servicios de atencion primaria de urgencia de alta resolucion (SAR)
39	Programa Plan Araucanía, mejoramiento de Centros de Salud Intercultural Mapuche, año 2017
40	Programa Bioequivalencia
41	Programa de Apoyo al Recien Nacido (a) (ajuares)
42	Programa Mantenimiento e infraestructura
43	Programa de Apoyo a la gestión a nivel local en atención primaria municipal
44	Programa Capacitación y Formación de Atención Primaria en la Red Asistencial

Anexo 9: Porcentaje de cumplimiento de recetas por Servicio de Salud, 2014-2017

Servicio de Salud	Porcentaje de cumplimiento de recetas			
	2014	2015	2016	2017
Arica	100,0	100,0	95,8	93,9
Iquique	97,8	99,5	99,8	98,9
Antofagasta	91,7	98,8	99,8	99,8
De Atacama	95,7	96,9	98,8	98,4
Coquimbo	98,5	99,8	99,4	99,8
Aconcagua	94,7	99,8	99,4	99,5
Viña del Mar Quillota	97,5	99,2	99,6	99,5
Valparaíso San Antonio	91,1	95,8	99,5	97,8
Metropolitano Norte	99,4	-	-	-
Metropolitano Occidente	94,1	98,9	99,3	99,5
Metropolitano Central	97,2	99,9	99,8	99,8
Metropolitano Oriente	97,2	100,0	99,9	99,5
Metropolitano Sur	98,6	99,7	99,6	99,7
Metropolitano Sur Oriente	95,8	99,6	99,5	99,4
Del Libertador B. O'Higgins	92,0	99,1	99,7	99,2
Maule	81,9	94,0	96,6	95,8
Ñuble	97,4	99,6	99,1	99,2
Concepción	98,6	99,8	100,0	100,0
Arauco	97,0	99,3	99,7	99,6
Talcahuano	99,2	99,1	99,1	99,7
Biobío	94,6	99,2	99,5	99,7
Araucanía Norte	97,2	99,9	99,8	99,7
Araucanía Sur	97,0	99,3	99,7	99,6
Valdivia	99,3	99,9	99,9	99,8
Osorno	96,9	99,8	99,9	99,9
Del Reloncaví	97,3	99,3	99,6	99,4
Chiloé	95,5	97,8	99,4	99,2
Aisén	95,6	98,8	99,9	99,8
Magallanes	98,1	99,7	99,7	98,1
Promedio país	95,5	99,0	99,4	99,2

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

Anexo 10: Situación del Stock Crítico según Servicio de Salud, 2018

Servicio de Salud	Stock crítico (tiempo que da cobertura)	Convenio de suministro (Sí o No)	Tiempo de respuesta del convenio de suministro	Situación respecto de la norma
Arica	2 meses	Sí	7 días	Cumple con la norma (N=12)
Iquique	2 meses	No		
Coquimbo	2 meses	Sí	3 días hábiles	
Metropolitano Central	2 meses	No		
Concepción	2 meses	No		
Arauco	3 meses	No		
Araucanía Norte	2 meses	No		
Araucanía Sur	2 meses			
Valdivia	2 meses	Sí	3 a 4 días	
Osorno	2 meses			
Aisén	2 meses	No		
Magallanes	2 meses	No		
Antofagasta	45 días	Sí	2 días	No cumple con la norma. Convenio asegura entrega oportuna (N=6)
Atacama	15 días	Sí	7 días	
Metropolitano Oriente	15 días	Sí	5 días	
Metropolitano Sur Oriente	15 días	Sí	1 a 3 días	
O'Higgins	1 mes	Sí	2 días	
Ñuble	1 mes	Sí	entre 1 y 3 días	
Del Reloncaví	1 mes	Sí	1 mes	No cumple con la norma. Convenio asegura entrega oportuna (N=1)
Metropolitano Norte	1 mes	Sí		No cumple con la norma y tiene convenio. Sin información sobre tiempo de respuesta del convenio(N=1)
Valparaíso / San Antonio	1 mes	No		No cumple con la norma. No tiene convenio (N=9)
Viña del Mar / Quillota	7 días	No		
Aconcagua	1 y 2 meses (a)	No		
Metropolitano Sur	1 mes y 15 días	No		
Metropolitano Occidente	15 días	No		
Maule	3 semanas	No		
Talcahuano	15 días	No		
Bío Bío	15 días	No		
Chiloé	1 mes	No		

(a) Depende del producto.

Fuente: Elaboración del panel en base a información entregada por el programa.

Anexo 11: Distribución por Servicio de Salud de los préstamos de stock crítico y su valorización

SERVICIOS DE SALUD	N° prestamos	Valorización	N° de solicitantes que lo han usado	Observación
ARICA	1	\$ 216.810	1	
IQUIQUE	12	\$ 605.860	3	
ANTOFAGASTA	15	\$ 4.167.669	4	
ATACAMA	15	\$ 2.781.760	7	
COQUIMBO	452	\$ 211.116.967	20	considera 14 comunas y 6 hospitales
VALPARAISO SAN ANTONIO				
VIÑA DEL MAR QUILLOTA	10		8	
ACONCAGUA				
LIB. B. O'HIGGINS	354	\$ 74.889.358	34	
MAULE	387	\$ 91.873.797		
ÑUBLE	64	\$ 14.755.739	18	considera 13 comunas y 5 hospitales
CONCEPCION	100	\$ 38.119.437	80	
TALCAHUANO	11	\$ 8.580.364	5	
BÍO BÍO LOS ANGELES	137	\$ 11.542.156	13	
ARAUCO	35	\$ 6.696.727	7	
ARAUCANIA NORTE				
ARAUCANIA SUR				
VALDIVIA	46	\$ 6.916.554	9	
OSORNO				
DEL RELONCAVÍ	141	\$ 18.397.726	15	13 comunas + SS Chiloe y SS viña
AYSEN				
MAGALLANES	0	\$ -	0	
METROPOLITANO ORIENTE	43	\$ 10.181.307	6	
METROPOLITANO CENTRAL				
METROPOLITANO SUR	24	\$ 43.248.516	7	
METROPOLITANO NORTE	71	\$ 31.218.888	9	Incluido Hospital de til til (baja complejidad) y ONG cristo vive
METROPOLITANO OCCIDENTE	0	\$ -	0	
METROPOLITANO SUR ORIENTE	47	\$ 74.684.531	10	
CHILOÉ	30	\$ 4.031.440	5	
TOTAL		\$ 654.025.607		

Anexo 12: Distribución de cargos 44 horas QF y TENS por SS y comuna, 2014-2017

Cargos QF de 44 horas contratados por FOFAR en Servicios de Salud y comunas 2014-2017

Servicio / Comuna	2014	2015	2016	2017
Servicio de Salud	32,8	39,0	37,3	36,0
Comuna	42,8	54,5	76,0	148,3
Total	75,50	93,50	113,25	184,25
Incremento por año		18,0	19,8	71,0

Fuente: Elaboración del panel en base a información entregada por el programa

Cargos TENS de 44 horas contratados por FOFAR en Servicios de Salud y comunas 2014-2017

Servicio / Comuna	2014	2015	2016	2017
Servicio de Salud	17,0	24,5	49,5	73,5
Comuna	280,5	290,5	281,8	336,3
Total	297,5	315,0	331,3	409,8
Incremento por año		17,5	16,3	78,5

Fuente: Elaboración del panel en base a información entregada por el programa

Anexo 13: Análisis de precios

1. Metodología de estimación de precios

1.1 Datos

Los datos utilizados en este análisis fueron entregados por FOFAR, cuya fuente original es CENABAST. Por lo tanto, considera las compras del sector público incluidos los hospitales dependientes de los Servicios de Salud y de las instituciones de previsión de las Fuerzas Armadas (por ejemplo, Hospital Dipreca) ya que, de acuerdo a FOFAR, no es posible identificar los gastos específicos asociados sólo a los medicamentos del programa.

Inicialmente se contempló construir 5 descriptores estadísticos de precios, a saber, precios mínimos y máximos, precios promedios ponderados por cantidad (PPP de aquí en adelante), precios con mayor frecuencia (moda), y desviación estándar de precios. No obstante, sólo los PPP fueron entregados. Asimismo, se consideró incluir información de laboratorios oferentes de los medicamentos de manera de poder cuantificarlos y, al menos desde el punto de la estructura de cada industria, tener información para hacer conjeturas sobre el nivel de competencia existente en la provisión de cada medicamento.

En este contexto, se coordinó con FOFAR la entrega de un medicamento por patología (HTA, Dislipidemia y DMT2) bajo la lógica que el producto seleccionado debía ser aquel que tuviera el mayor peso como proporción del gasto del FOFAR, es decir, en total 3 medicamentos.

El resultado fue la entrega de 6 medicamentos de un total de 15 considerados en las Orientaciones Técnicas del programa 2018. Adicionalmente en esa canasta existen insumos médicos para tratar especialmente complicaciones a la DMT2.

Aquellos son, para HTA los medicamentos, **Ácido Acetil Salicílico** –más conocido como **Aspirina**-, **Amlodipino**, **Carvedilol** y **Losartan**; para Dislipidemia el medicamento **Atorvastatina** (único destinado a esta patología considerado en la canasta) y **Metformina** para DMT2.

En el caso de los precios, se obtuvieron los PPP medidos en términos nominales para ambos canales de distribución (CENABAST y Mercado Público), los que fueron ajustados por el panel en 2 ámbitos. Primero, se sumó el IVA (19%) para ambos descriptores y, en el caso de las compras para el canal público, se agregó 6% por la comisión comentada anteriormente (comisión por venta). Segundo, se reajustaron los valores nominales a pesos reales del 2018.

Con la información construida, el panel procedió a analizar posibles patrones que se den, tales como diferencias de nivel entre precios CENABAST-mercado público, o de su evolución a través del tiempo, tal como aquel basado en la hipótesis de precios competitivos, lo que en el caso de los precios obtenidos en mercado público significa que debieran tender a aquellos de CENABAST mencionados anteriormente. Teóricamente hablando, estos precios debieran ser muy cercanos a los costos marginales de producción dado por las economías de escala que se generan por las compras de grandes cantidades.

Adicionalmente, FOFAR entregó datos de gasto total (medido en términos nominales) y el total de unidades físicas por medicamento compradas en su medidor básico (un comprimido, ver Cuadro 2) y en el formato más usual de compra (comprimido en vez de jarabe o inyectables por ejemplo) para el mismo universo. Como se mencionó anteriormente, el panel reconstruyó esa información para dejarla en términos reales.

Esa forma de normalización es usada comúnmente por los investigadores en Economía de la salud para valorizar medicamentos por lo que el panel valida esa información como antecedentes que permiten analizar comparativamente la industria de los medicamentos. Ver información detallada en el Cuadro 1.

Adicionalmente se obtuvo información cuantitativa de la cantidad de laboratorios farmacéuticos que ofertaron sus productos en las licitaciones llevadas a cabo por el sector público, los que se detallan en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Número de proveedores por año

Medicamento	2014	2015	2016	2017	cantidad mínima de oferentes	cantidad máxima de oferentes
A.A SALICILIC 100MG CM/CM REC/CM MAST/CP	2	1	2	0	1	2
AMLODIPINO 5 MG CM/CM REC.	6	3	0	2	2	6
ATORVASTATINA 20 MG GG/CM/CM REC	1	3	4	0	1	4
CARVEDILOL 25 MG CM/CM REC.	10	5	4	3	3	10
LOSARTAN 50 MG CM/CM REC	5	4	4	4	4	5
METFORMINA 850 MG CM REC	5	9	4	5	4	9

Fuente: FOFAR en base a información de CENABAST

Mirando ese cuadro llama la atención la no existencia de firmas en el caso del AA Salicílico (Aspirina) y Atorvastina, ambos en el año 2017, lo que de acuerdo a nuestro juicio puede responder a que la dispensación fue realizada bajo contrato de “Convenio Marco”, única vía legal alternativa que tienen las instituciones públicas para comprar eludiendo la licitación respectiva.

Adicionalmente, esos números muestran que la pequeña cantidad de oferentes internos puede estar asociada a estructuras oligopólicas en estas industrias (consistente con el sistema de patentes que impera en la industria de medicamentos), exceptuando el caso de Carvedilol, que muestra hasta 10 oferentes, aun cuando a través del tiempo ellos han ido cayendo a niveles similares en el resto de los medicamentos.

1.2 ¿Cuán eficiente es la compra de los medicamentos del FOFAR?

Recordemos que el panel trabaja bajo la hipótesis que se lograrían precios competitivos en las compras públicas de los productos farmacéuticos a través del tiempo.

En ese marco es necesario precisar que el principal abastecedor –al menos teóricamente- de suministros de salud (incluidos medicamentos e insumos) para las instituciones del Estado es CENABAST²⁰⁷, la cual actúa verticalmente como gran comprador mayorista ante los laboratorios manufactureros (y/o importadores) y distribuidor para sus demandantes públicos. Como consecuencia, independientemente del volumen de compras de cada demandante del sector público, CENABAST establece precios fijos por producto –teóricamente llamados precios de lista en teoría de restricciones verticales-, cuya estructura de precios final incluye un cargo por comisión –proporcional- equivalente a 6% de cada transacción, después de la aplicación del impuesto al valor agregado IVA. Según el panel, ese canal debiera ser atractivo para las instituciones públicas (Servicios de Salud y establecimientos APS) demandantes de medicamentos, las que estarían obteniendo no sólo menores precios sino también una distribución oportuna a sus requerimientos²⁰⁸.

²⁰⁷ Institución pública descentralizada, dependiente del Ministerio de Salud. Según la web de esta institución (<https://www.cenabast.cl/institucion/definiciones-estrategicas/>) su misión es “asegurar la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipamientos a la red de salud”. Asimismo, destaca entre uno de sus objetivos estratégicos, el concepto de *oportunidad*, lo que implica “mejorar la oportunidad en la prestación del servicio de abastecimiento vía el cumplimiento de estándares de calidad y tiempos de respuesta”.

²⁰⁸ En rigor, los demandantes públicos **no están obligados a comprarles a CENABAST**, por lo que el Minsal sólo puede sugerir el uso de ese canal de distribución, ya que los servicios de salud y los establecimientos APS tienen independencia administrativa y financiera para asignar sus recursos, tal como se explicó en sección Economía de este informe.

Complementariamente, las instituciones de salud pertenecientes al sector público pueden también comprar a proveedores privados salvaguardando las normas legales y técnicas que este tipo de transacciones debe cumplir que, entre otros, requiere realizarlas a través de licitaciones públicas vía mercado público o alternativamente, a través de compras directas vía “convenios marco” bajo el paraguas que rige a “Chile Compra”. De acuerdo a Dipres²⁰⁹, también el sector salud realiza compras directas a proveedores vía licitación privada y compras directas. Para fines de esta evaluación ese nivel de desagregación no estuvo disponible, ya que la información de compras privadas viene englobada como compras “Mercado público”.

De acuerdo a FOFAR, el mecanismo privado se usa como sustituto a CENABAST en casos tales como, quiebras de stocks, requerimientos de medicamentos específicos que no son parte del listado CENABAST o en una menor cuantía, cuando existe una urgencia de un medicamento que debe dispensarse rápidamente, siendo los plazos no compatibles con la distribución dada por esa institución, lo que usualmente se da en establecimientos de pequeño tamaño o localizados en áreas rurales.

En este marco, el panel se aproximará a analizar la justificación dada en términos de la existencia de una externalidad positiva generada a partir de un financiamiento cierto para las compras de productos farmacéuticos como se afirmó anteriormente, que les permite por una parte, programar las compras – vía mercado público-, y por otra, a partir de mayores cantidades físicas licitadas, alcanzar precios competitivos sobre el tiempo²¹⁰. Como resultado, se trabajará bajo la hipótesis que los precios pagados privadamente bajan a través del tiempo, y debieran por tanto, aproximarse a aquellos pagados vía CENABAST.

Cabe mencionar que el análisis desarrollado tiene limitaciones desde el punto de vista analítico, ya que el panel no cuenta con información exógena respecto a los determinantes particulares – estadísticamente significantes- de los precios de estos medicamentos, ni menos la existencia de shocks anormales durante el periodo de análisis. Asimismo, no es posible identificar el comprador (Servicio de Salud o establecimiento APS) por lo que ese ámbito queda fuera de la mirada siguiente.

No obstante lo anterior, el panel contó con la contribución de FOFAR que aportó información cualitativa relevante, particularmente del medicamento **Ácido Acetil Salicílico** ocurrida durante la operación del programa en el período de evaluación, que explican cambios sobre-normales en el precio de éste entre los años 2014 y 2015 (subió en más de 544% a nivel de precio ponderado).

En un sentido más general, el panel considera que otros elementos dados por el FOFAR para explicar comportamientos anormales de precios son consistentes en este mercado, destacando, entre ellos, *la entrada en operación de la Ley de Bioequivalencia, los quiebras de stocks para fármacos en los laboratorios* –especialmente importados- *y finalmente, ofertas particulares* de los proveedores que forman parte de “convenios marco”, usualmente dadas por una pronta fecha de vencimiento de un medicamento.

²⁰⁹ Ver Análisis del gasto y mecanismo de compra de medicamentos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Páginas 10 a 14. Ver documento en http://www.dipres.gob.cl/598/articles-168363_recurso_1.pdf

²¹⁰ Bajo la lógica teórica, esto corresponde a Discriminación de precios tipo 2, también llamada “descuentos por canasta”.

2. Otros indicadores para entender el gasto en medicamentos

2.1 Análisis de precios por canal de provisión y distribución del gasto por medicamento

De acuerdo al Cuadro 2, las compras del sector público -con las exclusiones consideradas anteriormente- alcanzaron a más de \$73.500 millones para los 6 medicamentos analizados durante el período 2014-2017. La fuente de esa asignación se distribuye en 56,2% para CENABAST y 43,8% por compras de abastecimiento privado vía mercado público.

En orden de importancia, la distribución del gasto en estos medicamentos la lidera Metformina (DMT2) y Atorvastatina (Dislipidemia) con 28,8% y 28,3% respectivamente de esta sub-canasta. Más atrás lo sigue, Losartán y AA Salicílico (Aspirina) con 20,9% y 18,2%, respectivamente.

Al desagregar esos porcentajes por efecto precio y efecto cantidad, destaca la alta correlación entre cantidad y gasto en el caso de 3 de los 4 medicamentos anteriores, con excepción de la Atorvastatina, cuyo precio relativo impacta en mayor cuantía el gasto respecto a los precios de los otros 3 medicamentos.

En otro orden, el precio unitario del Carvedilol es superior al resto de los medicamentos, no obstante, su peso relativo en el gasto es sólo 2,9% en la canasta de análisis, lo que se explica por la baja cantidad de unidades físicas demandadas.

Esa última relación también se da en el caso del medicamento Amlodipino, ambos dispensados para enfermos de HTA. Otra característica común y distintiva de estos dos medicamentos está dado por el hecho que las compras se asignan en un mayor porcentaje vía Licitación pública, esto es, en una relación cercana a 2/3 en comparación al 1/3 restante que se compra vía CENABAST.

Finalmente, en el caso del medicamento Losartan, la distribución de la compra es similar entre la fuente pública y privada, destacando particularmente que los precios pagados al proveedor privado son casi 37% superior a aquellos cargados por CENABAST, lo que en medicamentos que lideran la canasta en cuanto a gasto, tiene fuertes implicancias en la asignación de recursos. En efecto, con el volumen de compras realizado vía licitación pública se pagó más de \$2.000 millones de sobre-precio respecto a aquella situación en que la compra hubiese sido realizada directamente a CENABAST, *ceteris paribus el resto*.

El panel no tiene explicaciones sobre razones específicas que explican esa diferencia de precios. No obstante aquello, se deja esa simulación en cifras para que el programa reflexione acerca de la alta sensibilidad que tienen los precios relativos en medicamentos de alto peso en el gasto, ya que de este modo, pagar sobre-precios impacta fuertemente el gasto final.

Cuadro 2: Gasto total acumulado (2014-2017) y distribución porcentual de la subcanasta analizada

MEDICAMENTO	PROVEEDOR	Precio promedio ponderado (PPP) (miles \$, 2018=100)	UNIDADES FISICAS TOTALES	GASTO TOTAL (miles \$, 2018=100)	DISTRIBUCION DEL GASTO (%)
A.A SALICILIC 100 mg	CENABAST	9,9	872.616.988	8.681.877	64,9
A.A SALICILIC 100 mg	Mercado Público	13,7	342.252.492	4.685.217	35,1
Total (*)			1.214.869.480	13.367.093	18,2
AMLODIPINO 5 mg	CENABAST	21,0	9.742.280	204.872	35,5
AMLODIPINO 5 mg	Mercado Público	16,4	22.632.087	372.248	64,5
Total (*)			32.374.367	577.120	0,8
ATORVASTATINA 20 mg	CENABAST	23,6	526.269.480	12.444.810	59,7
ATORVASTATINA 20 mg	Mercado Público	25,2	333.345.043	8.401.312	40,3
Total (*)			859.614.523	20.846.121	28,3
CARVEDILOL 25 mg	CENABAST	35,2	20.934.090	737.860	34,4
CARVEDILOL 25 mg	Mercado Público	56,1	25.088.574	1.406.805	65,6
Total (*)			46.022.664	2.144.666	2,9
LOSARTAN 50 mg	CENABAST	8,4	938.521.000	7.876.556	51,1
LOSARTAN 50 mg	Mercado Público	11,5	653.645.609	7.529.659	48,9
Total (*)			1.592.166.609	15.406.215	20,9
METFORMINA 850 mg	CENABAST	14,1	808.243.580	11.425.784	53,8
METFORMINA 850 mg	Mercado Público	16,2	604.504.815	9.795.038	46,2
Total (*)			1.412.748.395	21.220.822	28,8
TOTAL POR CANAL DE COMPRA					
CENABAST				41.371.759	56,2
MERCADO PUBLICO				32.190.279	43,8
TOTAL SUB-CANASTA				73.562.038	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a información del FOFAR. Fuente original CENABAST.

Nota: (*) En el caso del porcentaje del gasto (última columna) corresponde al porcentaje del gasto del medicamento en el gasto de la subcanasta preseleccionada.

2.2 Análisis de gasto del sector público por medicamento respecto al presupuesto devengado del FOFAR

Los cuadros 3, 4 y 5 muestran la relación de gasto de los medicamentos de la sub-canasta analizada respecto al presupuesto FOFAR, ya que aquello permite tener un parámetro de comparación de lo que significa aquel gasto para los años de evaluación, medidos en pesos reales y en porcentaje respectivamente. Asimismo, se muestra el gasto del sector público en esos medicamentos y el presupuesto agregado del FOFAR durante todo el periodo.

De los cuadros se destaca también que los medicamentos fueron ordenados por patología de manera de cuantificar su gasto relativo a nivel de canasta analizada y su peso individual relativo al presupuesto devengado usado como parámetro de comparación.

Cuadro 3: Presupuesto devengado del programa versus gasto total del sector público respecto al presupuesto FOFAR

Desagregación por medicamento y patología (precios reales 2018=100)

ITEMES	PATOLOGIA	2014	2015	2016	2017	2014-2017
PRESUPUESTO DEVENGADO FOFAR		28.015.637	29.273.644	38.497.915	40.586.155	135.398.992
TOTAL GASTO DEL SECTOR PUBLICO EN LA SUB-CANASTA		15.904.229	17.496.531	19.787.633	20.373.645	73.562.038
A.A Salicilico 100 mg	HTA	2.009.426	4.422.085	3.917.821	3.017.762	13.367.093
Amlodipino 5 mg	HTA	58.909	115.817	79.593	322.801	577.120
Carvedilol 25 mg	HTA	619.734	343.021	536.000	645.911	2.144.666
Losartan 50 mg	HTA	3.871.303	3.350.817	4.046.957	4.137.139	15.406.215
TOTAL GASTO HTA		6.559.371	8.231.740	8.580.370	8.123.613	31.495.094
Atorvastatina 20 mg	DISLIPIDEMIA	4.529.453	4.539.495	5.763.130	6.014.045	20.846.121
Metformina 850 mg	DMT2	4.815.405	4.725.296	5.444.133	6.235.988	21.220.822

FUENTE: Elaboración propia en base a información del FOFAR.

Porcentaje del gasto del sector público respecto al presupuesto devengado de FOFAR

Como se observa en el Cuadro 4, el mayor porcentaje de recursos del gasto del sector público en los 6 medicamentos analizados es destinado a financiar los medicamentos de la patología HTA. Específicamente hablando, de los 4 medicamentos considerados para combatir la HTA, sólo Ácido Acetil Salicílico –Aspirina- y Losartan representan más del 90% del gasto de esa canasta considerada en las especificaciones del GES en comparación al presupuesto FOFAR. Como se mencionó en la sección Datos anterior, hay medicamentos como la Aspirina que están en 2 patologías, pero al no tener datos desagregados de gasto o distribución por patología, aquellos se asignaron de acuerdo a la metodología explicada allí.

Al mirarlas inter-temporalmente, los porcentajes son relativamente similares lo que es consistente con la lógica que esos productos son claves para un tratamiento mínimo de atención de esas patologías según los manuales del GES.

Cuadro 4: Distribución del gasto del sector público en los 6 medicamentos analizados según patología (porcentajes)

PATOLOGIA	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2014-2017 (%)
HTA	41,2	47,0	43,4	39,9	42,8
DISLIPIDEMIA	28,5	25,9	29,1	29,5	28,3
DMT2	30,3	27,0	27,5	30,6	28,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia en base a información del FOFAR.

Cabe señalar que no es posible relacionar gasto por patología y la prevalencia de ellas, ya que tanto el número de productos farmacéuticos considerados en cada canasta y su precio relativo son distintos.

En la misma dirección, al desagregar la información de gasto del sector público por medicamento respecto al presupuesto devengado del FOFAR mostrado en Cuadro 5 destaca que, en promedio (de los cuatro años), la Metformina y la Atorvastatina representan 31% del parámetro utilizado para compararlos, con porcentajes similares a través del tiempo, y una tendencia hacia la baja en el caso del segundo medicamento, explicada probablemente por la baja constante del precio pagado a través de mercado público (-17% entre el 2014 y 2017). En el caso de la Metformina, el porcentaje analizado es fluctuante lo que es consistente con las variaciones de precios observados por ambos canales de distribución.

En el caso de los medicamentos considerados como básicos para atender la Hipertensión arterial (HTA) se destaca que la Aspirina y Losartan equivalen en conjunto más del 20% del presupuesto de FOFAR, mientras que los otros 2 medicamentos sólo 2%.

Cuadro 5: Distribución porcentual del Gasto del sector público por medicamento y patología respecto al Presupuesto devengado de FOFAR

MEDICAMENTOS	PATOLOGIA	2014	2015	2016	2017	2014-2017
A.A Salicilico 100 mg	HTA	7,2	15,1	10,2	7,4	9,8
Amlodipino 5 mg	HTA	0,2	0,4	0,2	0,8	0,4
Carvedilol 25 mg	HTA	2,2	1,2	1,4	1,6	1,6
Losartan 50 mg	HTA	13,8	11,4	10,5	10,2	11,3
PORCENTAJE GASTO HTA		23,4	28,1	22,3	20,0	23,1
Atorvastatina 20 mg	DISLIPIDEMIA	16,2	15,5	15,0	14,8	15,3
Metformina 850 mg	DMT2	17,2	16,1	14,1	15,4	15,6
Total gasto/Pre.devengado		56,8	59,8	51,4	50,2	53,9

FUENTE: Elaboración propia en base a información del FOFAR.

2.3 Análisis de gasto del sector público por medicamento respecto al gasto total del FOFAR

El cuadro 6 muestra la relación entre el gasto del sector público por patología debidamente desagregado por medicamento en comparación a aquellos mostrados por el programa.

Cabe citar que la estimación del gasto total asignado a medicamentos del FOFAR se realizó considerando el gasto devengado sólo de Bienes y Servicios de consumo del FOFAR, incluyendo las transferencias. Asimismo, se excluyeron los recursos dedicados a mensajería que son parte de Bienes y Servicios de consumo. Con ello se aíslan sólo los gastos desembolsados en medicamentos e insumos médicos, objeto de este análisis.

En esa dimensión, al comparar el gasto acumulado del sector público en los medicamentos analizados, éste equivale a 61,8% del gasto agregado de los sub-títulos 22 y 24. El umbral se alcanza el año 2015 con 70,4%, mientras que el año 2017 su piso en términos porcentuales con 57%.

Cuadro 6: Gasto devengado del programa versus gasto total del sector público en la canasta analizada Desagregación por medicamento y patología (precios reales 2018=100)

ITEMES	PATOLOGIA	2014	2015	2016	2017	2014-2017
GASTO DEVENGADO DEL FOFAR		25.258.431	24.851.788	33.127.971	35.733.848	118.972.038
TOTAL GASTO SUB-CANASTA DEL SECTOR PUBLICO		15.904.229	17.496.531	19.787.633	20.373.645	73.562.038
A.A Salicilico 100 mg	HTA	2.009.426	4.422.085	3.917.821	3.017.762	13.367.093
Amlodipino 5 mg	HTA	58.909	115.817	79.593	322.801	577.120
Carvedilol 25 mg	HTA	619.734	343.021	536.000	645.911	2.144.666
Losartan 50 mg	HTA	3.871.303	3.350.817	4.046.957	4.137.139	15.406.215
TOTAL GASTO HTA		6.559.371	8.231.740	8.580.370	8.123.613	31.495.094
Atorvastatina 20 mg	DISLIPIDEMIA	4.529.453	4.539.495	5.763.130	6.014.045	20.846.121
Metformina 850 mg	DMT2	4.815.405	4.725.296	5.444.133	6.235.988	21.220.822

FUENTE: Elaboración propia en base a información del FOFAR.

Nota: Se considera en el gasto devengado sólo Bs y Ss de consumo y transferencias

Anexo 14: Metodología de estimación de gastos administrativos, elaborada por FOFAR

Para la estimación de los gastos administrativos, se consideraron aquellos que en que incurren los distintos niveles en que se ejecuta el programa y que no son financiados con el presupuesto del programa. Por tanto, se distingue entre aquellos que se financian con el presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los Servicios de Salud y las Comunas. Cabe señalar que este anexo incluye los gastos de almacenaje que definió el programa. Sin embargo, éstos no se consideraron en el análisis del gasto administrativo contenido en el cuerpo de este documento, porque a juicio del panel éstos son gastos de producción.

A continuación se describen los rubros de gasto y la estimación de éstos en miles de pesos 2018.

Cuadro 1: Gastos de recursos humanos que gestionan el programa en el nivel central (MINSAL)

Cargo/ función	Profesión	Nº de horas que, en promedio dedica al mes al programa	Costo total año 2018 (\$)
Encargada programa	Químico Farmacéutico	44,0	7.769.250
Encargada programa	Químico Farmacéutico	132,0	23.307.750
División tecnología de la Información	Jefe de Proyectos	33,0	5.826.938
División tecnología de la Información	Jefe de Proyectos	40,0	7.062.955
Asesora Financiera	Ingeniero Comercial	15,6	2.746.705
Total		264,6	46.713.597

Fuente: FOFAR

3.1 Gastos del Servicios de Salud

3.1.2 Visita a terreno de referente técnico de Servicios de Salud.

Tiene como objetivo verificar la continuidad de funcionamiento de las farmacias y disponibilidad de fármacos. La estimación del costo considera el valor de recursos humanos para las etapas de planificación e implementación de las visitas de supervisión a terreno, así como también el valor del transporte (conductor, mantención de vehículos, combustible y peaje).

3.1.3 Puesto de trabajo en Servicios de Salud

Incluye la habilitación (escritorio, PC, punto de red), gastos de instalación por una vez, además de pago mensual del punto de red.

3.1.4 Almacenamiento de Stock Crítico en bodegas de Servicios de Salud

Corresponde al valor de uso de las bodegas de SS para almacenar el Stock Crítico. Se calculó en base a un promedio de 362 m³ por bodega. Se calculó para 23 SS, ya que el resto de los SS tienen Droguerías.

3.1.5 Droguería

Corresponde al gasto de funcionamiento de la Droguería e incluye gastos de personal (QF, TENS, administrativo y auxiliar de servicio) y consumos básicos (agua, electricidad,

servicio de aseo, monitoreos de alarma y cámaras de seguridad, arriendo de inmueble, control de vectores –desratización y fumigación, renovación equipos de Extinción de fuego, mantención de infraestructura y pago mensual de puntos de red.

3.2 Gasto de las comunas

3.2.1. Corresponde a gastos de traslado de medicamentos desde la bodega de Stock Crítico al establecimiento comunal, por quiebre de stock. Considera el gasto del conductor y un TENS, combustible y peaje.

Cuadro 2: Gastos administrativos según fuentes de financiamiento (M\$ 2018)

	Gastos MINSAL	Gastos de SS	Gastos de comuna	Total
Recursos humanos gestión del programa	46.714			46.714
Visita a terreno		148.061		148.061
Puesto de trabajo en SS		15.732		15.732
Almacenamiento Stock Crítico en SS		1.045.999		1.045.999
Almacenamiento Stock Crítico en Droguería		586.294		586.294
Traslado medicamentos			159.930	159.930
Total	46.714	1.796.086	159.930	2.002.729

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de los gastos administrativos en gastos en personal y bienes y servicios de consumo.

Cuadro 3: Gastos administrativos por subtítulo (M\$ 2018)

Gastos administrativos	Gastos en personal (ST 21)	Gastos en Bs. Y Ss. Consumo (ST 22)	Total
Gestión del programa nivel central MINSAL	46.714		46.714
Visita a terreno	130.616	17.445	148.061
Puesto de trabajo en SS		15.732	15.732
Almacenamiento Stock Crítico en SS	552.000	493.999	1.045.999
Almacenamiento Stock Crítico en Droguería	295.200	291.094	586.294
Traslado medicamentos (gasto comuna)	98.778	61.152	159.930
Total	1.123.307	879.422	2.002.729

Fuente: Elaboración del panel en base a datos FOFAR