

DECRETO N° 2199

TEMUCO, 04 DIC. 2018

VISTOS:

1980, del Ministerio del Interior.

de 1987, del Ministerio de Salud.

Atención Primaria de Salud Municipal.

Diciembre de 2017, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2018.

5.- Res. Exta. N° 10161 del 19-11-2018 que aprueba Convenio de Colaboración "Piloto de Curación Avanzada de Ulcera Venosa", entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

6.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébese, Convenio de Colaboración "Piloto de Curación Avanzada de Ulcera Venosa", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

2.- Las cláusulas del referido Convenio se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.

Stamp: SECRETARIO MUNICIPAL MUNICIPALIDAD TEMUCO. Signature: JUAN ARANEDA NAVARRO SECRETARIO MUNICIPAL.

Stamp: MUNICIPALIDAD TEMUCO ALCALDE. Signature: MIGUEL BECKER ALVEAR ALCALDE.

CVF/MSR/SGS/yds.

DISTRIBUCION:

- El indicado
- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud

Stamp: MUNICIPALIDAD DE TEMUCO DIRECTOR CONTROL INTERNO.

Stamp: MUNICIPALIDAD TEMUCO DIRECCION JURIDICA Vº Bº.



MUNICIPALIDAD DE TEMUCO	
OFICINA DE PARTES	
Gobierno de Chile	PRECEDENCIA: 008671
FECHA ENTRADA: 20 NOV 2018	
F. DOC. Nº Salud	
RESPONDER ANTES DE _____	

REF: Aprueba convenio de Colaboración con Municipalidad de Temuco.-

RESOLUCIÓN EXENTA N° 10161

TEMUCO, 19 NOV. 2018

RLC/FPH/JCC

VISTOS: estos antecedentes:

- 1.-Convenio de Traspaso de Establecimientos de salud, de acuerdo con las normas del D.F.L. N° 1.3063/80, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores.-
- 2.-Solicitud efectuada por Dpto. de Atención primaria y Red Asistencial mediante correo electrónico.

CONSIDERANDO:

1.- La necesidad de suscribir convenio de Colaboración con Municipalidad de Temuco, para el desarrollo efectivo de "Plan Piloto de curación avanzada de úlcera venosa en nuestra Red asistencial.

Y TENIENDO PRESENTE : lo dispuesto en:

- 1.-DFL N° 1 que fija texto refundido del D. L. N° 2763/1979, que crea los Servicios de Salud.
- 2.-D.S. N° 140/2004, del Ministerio de Salud.
- 3.-D.S. N° 66/18, del Ministerio de Salud.-
- 4.-D. F. L N° 1/19.414/97 del M. de Salud.-
- 5.-Ley N° 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado.-
- 6.-Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1.-APRUEBASE, CONVENIO de Colaboración de fecha 31 de octubre de 2018, suscrito entre el Servicio Salud Araucanía Sur y la **Municipalidad de Temuco** que se entiende parte integrante de esta Resolución, convenio que es del siguiente tenor:

En Temuco, a 31 de Octubre del 2018 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, representado por su Directora (S) Sra. María Cecilia Díaz Obando , del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la "Municipalidad de Temuco", persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Prat N° 650 de la comuna de Temuco, representada por su Alcalde Don Miguel Becker Alvear , de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado suscribir Convenio de Colaboración , que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Que conforme al art. 4 letra B y art. 8 de la ley 18.695 "Las municipalidades, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con la salud pública y celebrar contratos que impliquen la ejecución de acciones determinadas, a fin de atender las necesidades de la comunidad local".

SEGUNDO: Que conforme al Artículo 10.- de la ley 18.695 "La coordinación entre las municipalidades y entre éstas y los servicios públicos que actúen en sus respectivos territorios, se

efectuará mediante acuerdos directos entre estos organismos”.

TERCERO: Que el art. 57 de la Ley 19.378 faculta a los Directores de Servicios, en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas Municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar a la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.-

CUARTO: Que el decreto N° 31 de fecha 27 de Diciembre del 2017, que determina Aporte Estatal a Municipalidades para sus entidades administradoras de Salud Municipal para el 2018, en su artículo N° 5 que define las prestaciones y/o acciones de salud, en sus numerales I hasta VI, no viene incorporada la prestación “Curación avanzada de úlcera venosa” motivo por el cual no es financiado mediante el percápita.

QUINTO: Que fundamentado en estudios epidemiológicos realizados en Chile que han permitido constatar que existe una población aproximadamente de 34.500 personas en la Atención Primaria que permanecen durante muchos años con úlceras venosas (lesiones asociadas a hipertensión venosa de los miembros inferiores, ubicadas entre pie y debajo de la rodilla, de más de un mes de duración,) Actualmente ellos conviven con su enfermedad durante muchos años sin obtener cicatrización, en la mayoría de los casos por aplicación de tratamientos no adecuados, la práctica profesional basada en evidencia científica muestra que un buen sistema de curación junto a compresión avanzada obtiene resultados efectivos tanto para el paciente como para los servicios de salud.

SEXTO: Que, basado en lo anterior, el Ministerio de Salud, instruye a nivel País que cada Servicio de Salud debe seleccionar un establecimiento de Atención Primaria Municipal, para desarrollar el “Plan Piloto de curación avanzada de úlcera venosa” el cual debe contar con salas de procedimientos acorde a normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria, en este contexto y previa visitas inspectivas a los establecimientos locales fue seleccionado el CESFAM de Santa Rosa de la Comuna de Temuco.-

SEPTIMO: Que para alcanzar el propósito en la implementación y ejecución de este Plan Piloto, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha dispuesto recursos financieros, el cual está respaldado en el Ordinario C51 del 06 de febrero del 2018, en donde vienen explicitados estos insumos bajo la denominación “Insumos Cardiovascular del Subtítulo 22, para la adquisición de 20 canastas de insumos para curación y manejo avanzado de heridas y terapias comprensivas de pacientes, (ingreso a curación de 20 pacientes con esta patología).

OCTAVO: Para el desarrollo efectivo de este plan Piloto en nuestra Red, es que las partes vienen en suscribir este convenio de colaboración, con responsabilidades compartidas que se deben cumplir para buen funcionamiento de este Plan.-

NOVENO: Según cláusula anterior, el Servicio de Salud, pone a disposición de la Municipalidad de Temuco, los siguientes insumos para curación avanzada de úlcera venosa, que operativamente será entregado por el Subdepartamento de Abastecimiento, ubicado en Andrés Bello N° 636.- de la ciudad de Temuco. PREVIA ACTA DE ENTREGA Y RECEPCION FIRMADO POR AMBAS PARTES, LA QUE DEBE INDICAR A LO MENOS EL DETALLE DE LO QUE SE ENTREGA, LA FECHA Y FUNCIONARIOS QUE FIRMAN

INSUMOS ULCERA VENOSA	CANTIDAD
SISTEMA COMPRESIVO	

Bota Unna	96 unidades
Calcetín 40 mmhg (talla 3 , 4 y 5)	15 unidades
Sistema compresivo 2 capas	65 unidades
APOSITOS	
Plata Nanocristalina 10 * 10 cm	80 unidades
Espuma Hidrofilica con plata 10 * 10 cm	84 unidades
DACC lamina	200 unidades
Apósito Ringer + PHMB	200 unidades
Espuma Hidrofilica con Silicona 10 * 10 cm	200 unidades
Tull de silicona 10 * 10 cm	200 unidades
Hidrogel 5 grs – 10 grs	130 unidades
OTROS INSUMOS	
Venda Semi elasticada 8 cm * 4 mts	1300 unidades
Protector cutáneo	40 unidades
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	90 unidades
Calzador (Comodato)	1 unidad

DECIMO: Por su parte la Municipalidad, a través de su Departamento de Salud, debe contribuir a la entrega de prestaciones de salud oportunos a la población beneficiaria a cargo de la Atención Primaria mejorando el acceso , la oportunidad y calidad técnica en las atenciones de salud de forma integral y con un enfoque de salud familiar, mediante el cumplimiento de:

1. Disponer en el CESFAM Santa Rosa, salas de procedimiento acorde a la normativa de autorización sanitaria, para la implementación de un "Piloto de Curación Avanzada de Ulcera Venosa", que sea referente comunal para la derivación de este tipo de pacientes.
2. Disponer de insumos para la curación avanzada de ulcera venosa y sistemas compresivos, entregados por la Dirección de Servicio Salud Araucanía Sur.
3. Disponer de recurso humano enfermera para la realización del procedimiento curación avanzada ulcera venosa, en el CESFAM Santa Rosa.
4. Ser responsable de rotar los insumos, evitando el riesgo de mermas por vencimientos y/o deterioro.
5. Registrar en ficha clínica electrónica y registros ministeriales el ingreso, la evolución y el alta del paciente.

DECIMO PRIMERO: La Municipalidad, para el monitoreo de esta estrategia, enviará al Servicio de Salud, la siguiente información, al Profesional Referente Sra. Paola Oyarzún vía correo electrónico paola.oyarzun@redsalud.gob.cl.-

- 1.- Envió de planilla mensual, con registro de prestaciones (curaciones) entregadas a los beneficiarios del Programa Piloto Curación Avanzada Ulcera Venosa. (Anexo1)
- 2.- Envió mensual de ficha pacientes que ingresan a Programa Piloto Curación Avanzada Ulcera Venosa (Anexo2)
- 3.- Registro en ficha Clínica Electrónica Rayen.
- 4.- Visita de Acompañamiento del Referente del Piloto al CESFAM Santa Rosa.

DECIMO SEGUNDO: Por su parte el Servicio de Salud evaluará el presente convenio, según los siguientes indicadores de impacto:

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	% cumplimiento
% Pacientes ingresan a Curación Avanzada de Ulcera Venosa	Nº Pacientes ingresados a curación avanzada de ulcera venosa *100	Total de pacientes comprometidos para curación avanzada de ulcera venosa	90%

DECIMO TERCERO: El Servicio de Salud podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución de este Plan, explicitada en la cláusula anterior con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

DECIMO CUARTO: El presente convenio de colaboración tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre del 2018, ahora bien, conforme al dictamen Nº 16037 de fecha 10 de abril del 2008 y Nº 11189 del 2008 de la Contraloría General, las partes establecen que por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 Octubre del 2018, estando además sujeta a modificación dentro del periodo de vigencia de este convenio. Sin perjuicio de lo anterior, este convenio se prorrogara automáticamente hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas a dicha prórroga.

DECIMO QUINTO: Las partes se reservan la facultad de poner término unilateralmente al presente convenio en caso de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente convenio

DECIMO SEXTO: La personería jurídica de Don Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de Diciembre del 2012 y el Decreto Alcaldicio Nº 3929 de fecha 06 de Diciembre del 2016. Por su parte, la personería de la Sra. María Cecilia Díaz Obando, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo Nº 39 del año 2018 del Ministerio de Salud.-

DECIMO SEPTIMO: El presente instrumento será firmado en 5 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad y los restantes en poder del Servicio.

ANEXO Nº 1:

NOMINA DE ATENCION DE PACIENTES PILOTO ULCERA VENOSA CESFAM SANTA ROSA

FECHA: _____

ENFERMERA RESPONSABLE: _____

Nº	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	RUT	DIAGNOSTICO	FECHA INGRESO	FECHA CURACIONES	FECHA ALTA
1								
2								
3								

4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

ANEXO N° 2:

FICHA INGRESO PILOTO ULCERA VENOSA SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR – CESFAM SANTA ROSA

FECHA INGRESO:

____/____/____

Nombre: _____

Rut: _____

Edad: _____ Años Fono: _____

Comuna: _____

Nacionalidad: _____

. Teléfono(s): _____

Escolaridad: _____

Acceso/transporte al Centro de Salud: _____

Valoración Inicial:

Se encuentra laboralmente activo

Si _____

No _____

Trabajo Físico _____

Jubilado _____

respuesta es sí:

Administrativo _____

Dueña de casa _____

Otro _____

Otro _____

Contacto: _____

Red de Apoyo:

Si: _____

Si la _____

¿Quién? _____

Teléfono de _____

Vive Solo(a): Si:
___ No: _ Si la
respuesta es Si
evaluar VDI

Licencias Médicas: Número de licencias médicas por sus úlceras

_____ **Tiempo total de licencias médicas por sus úlceras** _____ Años /
meses / días

Valoración Nutricional:

Peso: _____ Kg. Talla: _____ m. IMC: _____

Dg Nutricional:

Enflaquecido Normal Sobrepeso Obesidad

Antecedentes Mórbidos:

Diabetes Hipertensión Arterial Insuficiencia Renal
 T.V.P: De ___ Iz ___ Alergias: _____
 Otras: _____

_____ Años cursando patología crónica

Hábitos:

Tabaquismo OH Drogas Actividad física: si no

Antecedentes Quirúrgicos:

Cirugía de Varices Unilateral: _____ Cirugía de Varices
Bilateral _____

Injerto: _____ Otras: _____

By Pass o Angioplastia en Extremidades Inferiores: _____

Adherencia al tratamiento: (Adhiere a tratamiento farmacológico, régimen y medidas de AC)

Si No Observaciones: _____

±

±

Medicamentos:

Al Inicio del tratamiento		
Analgésicos:		Antibióticos
Ibuprofeno		Cloxacilina
Paracetamol		Cefadroxilo
Clonixinato de Lisina		Amoxicilina+ Ac. Clavulonico
Ketoprofeno		Otros
Tramadol		Antidepresivos
Codeina		Amitriptilina
Otros		Fluoxetina
		Sertralina
		Otros

¿Presenta Patología Crónica Cardiovascular?

Si: _____ No: _____

Si la Respuesta es Si, ¿Su control se encuentra al día? Si: _____ No: _____ (si la respuesta es NO derivar a CPSCV)

Exámenes al Ingreso:

Glicemia: _____ Hb. Glicosilada: _____ Hematocrito _____

Recuento de G. blancos _____

Creatininemia: _____ Uremia: _____ Colesterol Total: _____ Colesterol HDL: _____

Colesterol LDL _____ Proteínemia y albuminemia: _____

Evaluación al momento del ingreso:

Glicemia Capilar: _____ **mg/dl (solo si DM)** **Presión Arterial:** _____ / _____ **mm Hg**

Valoración Ulcera Venosa

Dg: Ulcera Venosa Ulcera Venosa Mixta

Ubicación de la Ulcera: Pierna derecha _____ Izquierda _____ ambas _____

Evaluación Pulsos:

Pedio: Presente Ausente: Débil:
 Popliteo: Presente Ausente: Débil:

Tiempo de Evolución de la lesión: _____ Años / meses / días

Tratamiento Anterior: Sin Tratamiento Curación Tradicional
 Curación Avanzada Curación Casera

Frecuencia curaciones Anteriores: _____ Lugar: _____

Sistema Compresivo Anterior:

Sin sistema compresivo 1 capa Calcetín
 compresivo 20mmHg

mmHg
 3 Capas
 2 Capas

Bota de Unna
 Venda elástica Tradicional

Calcetín compresivo 40
 Otro:

**DETERMINACIÓN DE CARGA BACTERIANA
 PROTOCOLO VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE HERIDAS Y ÚLCERAS, FINH.**

Fuente: Fundación Instituto Nacional de Heridas

	Epitelización	Colonización Baja	Colonización Crítica	Infección
Piel circundante	Sana, Descamada o Pigmentada	Sana, Pigmentada, Descamada o Macerada	Macerada, Pigmentada Descamada o Sana	Infección
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Infección
Tejido Esfacelado o Necrótico	0%	<2%	≥2%	Infección
Calor Local	No	No	No	Infección

DETERMINACIÓN DE CARGA BACTERIANA DE HERIDA Y ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO

Fecha	(ingreso)			
Epitelización				
Colonización Baja				
Colonización Crítica				
Infección				
Dolor Según Eva				
Exudado Cantidad				
OTROS ASPECTOS				
Dolor				
Edema				
Protocolo a utilizar (Infectado/No infectado)				
OBSERVACIONES				

Indicación de Enfermería:

- Reposo relativo
- Posición Trendelenburg
- Uso de alzaropa
- Mantener apósitos limpios y secos
- Sistemas compresivos
- Descanzar cada una hora 15 minutos

Derivación:

- Médico General
- Médico Cirujano Vascular (nivel secundario)
- Nutricionista
- Control programa cardiovascular
- Trabajador Social
- Salud Mental

2.-DEJASE ESTABLECIDO que en virtud del presente convenio el Servicio de Salud, pondrá a disposición de la Municipalidad de Temuco, los insumos para curación avanzada de ulcera venosa, señalados en convenio y que operativamente será entregado por el Subdepartamento de Abastecimiento, ubicado en Andrés Bello N° 636.- de la ciudad de Temuco. PREVIA ACTA DE ENTREGA Y RECEPCION FIRMADO POR AMBAS PARTES, LA QUE DEBE INDICAR A LO MENOS EL DETALLE DE LO QUE SE ENTREGA, LA FECHA Y FUNCIONARIOS QUE FIRMAN.-

3.-NOTIFIQUESE la presente Resolución al Alcalde de la Municipalidad, a Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, remitiéndole copias íntegras de la misma y del Convenio.-

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



RENÉ LOPEZ EGUI CARRASCO
DIRECTOR
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

16.11.2018N°1399

DISTRIBUCION:

- MUNICIPALIDAD
- DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RED ASISTENCIAL
- DPTO. JURÍDICO.
- DPTO. FINANZAS.
- ARCHIVO.



MPN/POP/FPH/JCC

CONVENIO DE COLABORACION "PILOTO DE CURACION AVANZADA DE ULCERA VENOSA"

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR- MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

En Temuco, a 31 de Octubre del 2018 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, representado por su **Directora (S) Sra. María Cecilia Díaz Obando**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la "Municipalidad de Temuco", persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Prat N° 650 de la comuna de Temuco, representada por su **Alcalde Don Miguel Becker Alvear**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado suscribir Convenio de Colaboración, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Que conforme al art. 4 letra B y art. 8 de la ley 18.695 "Las municipalidades, en el ámbito de su territorio, podrán desarrollar, directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, funciones relacionadas con la salud pública y celebrar contratos que impliquen la ejecución de acciones determinadas, a fin de atender las necesidades de la comunidad local".

SEGUNDO: Que conforme al Artículo 10.- de la ley 18.695 "La coordinación entre las municipalidades y entre éstas y los servicios públicos que actúen en sus respectivos territorios, se efectuará mediante acuerdos directos entre estos organismos".

TERCERO: Que el art. 57 de la Ley 19.378 faculta a los Directores de Servicios, en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas Municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar a la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.-

CUARTO: Que el decreto N° 31 de fecha 27 de Diciembre del 2017, que determina Aporte Estatal a Municipalidades para sus entidades administradoras de Salud Municipal para el 2018, en su artículo N° 5 que define las prestaciones y/o acciones de salud, en sus numerales I hasta VI, no viene incorporada la prestación "**Curación avanzada de úlcera venosa**" motivo por el cual no es financiado mediante el percápita.

QUINTO: Que fundamentado en estudios epidemiológicos realizados en Chile que han permitido constatar que existe una población aproximadamente de 34.500 personas en la Atención Primaria que permanecen durante muchos años con úlceras venosas (lesiones asociadas a hipertensión venosa de los miembros inferiores, ubicadas entre pie y debajo de la rodilla, de más de un mes de duración,) Actualmente ellos conviven con su enfermedad durante muchos años sin obtener cicatrización, en la mayoría de los casos por aplicación de tratamientos no adecuados, la práctica profesional basada en evidencia científica muestra que un buen sistema de curación junto a compresión avanzada obtiene resultados efectivos tanto para el paciente como para los servicios de salud.



SEXTO: Que, basado en lo anterior, el Ministerio de Salud, instruye a nivel País que cada Servicio de Salud debe seleccionar un establecimiento de Atención Primaria Municipal, para desarrollar el **"Plan Piloto de curación avanzada de úlcera venosa"** el cual debe contar con salas de procedimientos acorde a normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria, en este contexto y previa visitas inspectivas a los establecimientos locales fue seleccionado el **CESFAM de Santa Rosa de la Comuna de Temuco.-**

SEPTIMO: Que para alcanzar el propósito en la implementación y ejecución de este Plan Piloto, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha dispuesto recursos financieros, el cual está respaldado en el **Ordinario C51 del 06 de febrero del 2018**, en donde vienen explicitados estos insumos bajo la denominación **"Insumos Cardiovascular del Subtítulo 22**, para la adquisición de 20 canastas de insumos para curación y manejo avanzado de heridas y terapias comprensivas de pacientes, (ingreso a curación de 20 pacientes con esta patología).

OCTAVO: Para el desarrollo efectivo de este **plan Piloto** en nuestra Red, es que las partes vienen en suscribir este convenio de colaboración, con responsabilidades compartidas que se deben cumplir para buen funcionamiento de este Plan.-

NOVENO: Según cláusula anterior, el Servicio de Salud, pone a disposición de la Municipalidad de Temuco, los siguientes insumos para curación avanzada de úlcera venosa, que operativamente será entregado por el Subdepartamento de Abastecimiento, ubicado en Andrés Bello N° 636.- de la ciudad de Temuco. **PREVIA ACTA DE ENTREGA Y RECEPCION FIRMADO POR AMBAS PARTES, LA QUE DEBE INDICAR A LO MENOS EL DETALLE DE LO QUE SE ENTREGA, LA FECHA Y FUNCIONARIOS QUE FIRMAN**

INSUMOS ULCERA VENOSA	CANTIDAD
SISTEMA COMPRESIVO	
Bota Unna	96 unidades
Calcetín 40 mmhg (talla 3, 4 y 5)	15 unidades
Sistema compresivo 2 capas	65 unidades
APOSITOS	
Plata Nanocristalina 10 * 10 cm	80 unidades
Espuma Hidrofilica con plata 10 * 10 cm	84 unidades
DACC lamina	200 unidades
Apósito Ringer + PHMB	200 unidades
Espuma Hidrofilica con Silicona 10 * 10 cm	200 unidades
Tull de silicona 10 * 10 cm	200 unidades
Hidrogel 5 grs – 10 grs	130 unidades
OTROS INSUMOS	
Venda Semi elástica 8 cm * 4 mts	1300 unidades
Protector cutáneo	40 unidades
Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml	90 unidades
Calzador (Comodato)	1 unidad



DECIMO: Por su parte la Municipalidad, a través de su Departamento de Salud, debe contribuir a la entrega de prestaciones de salud oportunas a la población beneficiaria a cargo de la Atención Primaria mejorando el acceso, la oportunidad y calidad técnica en las atenciones de salud de forma integral y con un enfoque de salud familiar, mediante el cumplimiento de:



1. Disponer en el **CESFAM Santa Rosa**, salas de procedimiento acorde a la normativa de autorización sanitaria, para la implementación de un "**Piloto de Curación Avanzada de Ulcera Venosa**", que sea referente comunal para la derivación de este tipo de pacientes.
2. Disponer de insumos para la curación avanzada de ulcera venosa y sistemas compresivos, entregados por la Dirección de Servicio Salud Araucanía Sur.
3. Disponer de recurso humano enfermera para la realización del procedimiento curación avanzada ulcera venosa, en el **CESFAM Santa Rosa**.
4. Ser responsable de rotar los insumos, evitando el riesgo de mermas por vencimientos y/o deterioro.
5. Registrar en ficha clínica electrónica y registros ministeriales el ingreso, la evolución y el alta del paciente.

DECIMO PRIMERO: La Municipalidad, para el monitoreo de esta estrategia, enviará al Servicio de Salud, la siguiente información, al Profesional Referente **Sra. Paola Oyarzún** vía correo electrónico paola.oyarzun@redsalud.gob.cl.

- 1.- Envío de planilla mensual, con registro de prestaciones (curaciones) entregadas a los beneficiarios del Programa Piloto Curación Avanzada Ulcera Venosa. (Anexo1)
- 2.- Envío mensual de ficha pacientes que ingresan a Programa Piloto Curación Avanzada Ulcera Venosa (Anexo2)
- 3.- Registro en ficha Clínica Electrónica Rayen.
- 4.- Visita de Acompañamiento del Referente del Piloto al CESFAM Santa Rosa.

DECIMO SEGUNDO: Por su parte el Servicio de Salud evaluará el presente convenio, según los siguientes indicadores de impacto:

Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	% cumplimiento
% Pacientes ingresan a Curación Avanzada de Ulcera Venosa	N° Pacientes ingresados a curación avanzada de ulcera venosa *100	Total de pacientes comprometidos para curación avanzada de ulcera venosa	90%

DECIMO TERCERO: El Servicio de Salud podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución de este Plan, explicitada en la cláusula anterior con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

DECIMO CUARTO: El presente convenio de colaboración tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre del 2018, ahora bien, conforme al dictamen N° 16037 de fecha 10 de abril del 2008 y N° 11189 del 2008 de la Contraloría General, las partes establecen que por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el **01 Octubre del 2018**, estando además sujeta a modificación dentro del periodo de vigencia de este convenio. Sin perjuicio de lo anterior, este convenio se prorrogará automáticamente hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución conjunta del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas a dicha prórroga.



DECIMO QUINTO: Las partes se reservan la facultad de poner término unilateralmente al presente convenio en caso de incumplimiento de las obligaciones contenidas en el presente convenio

DECIMO SEXTO: La personería jurídica de Don **Miguel Becker Alvear** para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de Diciembre del 2012 y el Decreto Alcaldicio N° 3929 de fecha 08 de Diciembre del 2016. Por su parte, la personería de la Sra. **María Cecilia Díaz Obando**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N° 39 del año 2018 del Ministerio de Salud.

DECIMO SEPTIMO: El presente instrumento será firmado en 9 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad y los restantes en poder del Servicio.

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
ALCALDE
MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE MUNICIPALIDAD
TEMUCO

SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR
DIRECCION IX REGION
MARIA CECILIA DIAZ OBANDO
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
DIRECCION JURIDICA
V. 10

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
DIRECTOR
Departamento de Salud

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
JEFE UNIDAD DE PROGRAMAS
DEPARTAMENTO DE SALUD
GPB

ANEXO N° 1:

NOMINA DE ATENCION DE PACIENTES PILOTO ULCERA VENOSA CESFAM SANTA ROSA

FECHA: _____

ENFERMERA RESPONSABLE: _____

N°	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	RUT	DIAGNOSTICO	FECHA INGRESO	FECHA CURACIONES	FECHA ALTA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								



ANEXO N° 2:

FICHA INGRESO PILOTO ULCERA VENOSA SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR – CESFAM SANTA ROSA

FECHA INGRESO: ____/____/____

Nombre: _____ Rut: _____

Edad: ____ Años Fono: _____ Comuna: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono(s): _____

Escolaridad: _____

Acceso/transporte al Centro de Salud: _____

Valoración Inicial:

Se encuentra laboralmente activo

Si _____	No _____
Trabajo Físico _____	Jubilado _____
Administrativo _____	Dueña de casa _____
Otro _____	Otro _____

Red de Apoyo:

Si: _____ No: _____
Si la respuesta es sí:
¿Quién?
Teléfono de Contacto:
Vive Solo(a): Si: ____ No: _ Si la
respuesta es Si evaluar VDI

Licencias Médicas: Número de licencias médicas por sus úlceras _____
Tiempo total de licencias médicas por sus úlceras _____ Años / meses / días

Valoración Nutricional:

Peso: ____ Kg. Talla: ____ m. IMC: ____

Dg Nutricional:

Enflaquecido Normal Sobrepeso Obesidad

Antecedentes Mórbidos:

Diabetes Hipertensión Arterial Insuficiencia Renal
 T.V.P: De ____ Iz ____ Alergias: _____
 Otras: _____

Años cursando patología crónica _____

Hábitos:

Tabaquismo OH Drogas Actividad física: si no

Antecedentes Quirúrgicos:

Cirugía de Varices Unilateral: _____ Cirugía de Varices Bilateral _____
 Injerto: _____ Otras: _____
 By Pass o Angioplastia en Extremidades Inferiores: _____

Adherencia al tratamiento: (Adhiere a tratamiento farmacológico, régimen y medidas de AC)

Si No Observaciones: _____



Medicamentos:

Al Inicio del tratamiento	
Analgésicos:	Antibióticos
Ibuprofeno	Cloxacilina
Paracetamol	Cefadroxilo
Clonixinato de Lisina	Amoxicilina+ Ac. Clavulonico
Ketoprofeno	Otros
Tramadol	Antidepresivos
Codeína	Amitriptilina
Otros	Fluoxetina
	Sertralina
	Otros

¿Presenta Patología Crónica Cardiovascular?

Si: _____ No: _____

Si la Respuesta es Si, ¿Su control se encuentra al día? Si: _____ No: _____ (si la respuesta es NO derivar a CPSCV)

Exámenes al Ingreso:

Glicemia: _____ Hb. Glicosilada: _____ Hematocrito _____ Recuento de G. blancos _____
 Creatininemia: _____ Uremia: _____ Colesterol Total: _____ Colesterol HDL: _____
 Colesterol LDL _____ Proteíнемia y albuminemia: _____

Evaluación al momento del ingreso:

Glicemia Capilar: _____ mg/dl (solo si DM) **Presión Arterial:** _____ / _____ mm Hg

Valoración Ulcera Venosa

Dg: Ulcera Venosa Ulcera Venosa Mixta

Ubicación de la Ulcera: Pierna derecha _____ Izquierda _____ ambas _____

Evaluación Pulsos:

Pedio: Presente Ausente: Débil:
 Poplíteo: Presente Ausente: Débil:

Tiempo de Evolución de la lesión: _____ Años / meses / días

Tratamiento Anterior: Sin Tratamiento Curación Tradicional
 Curación Avanzada Curación Casera

Frecuencia curaciones Anteriores: _____ Lugar: _____

Sistema Compresivo Anterior:

Sin sistema compresivo 1 capa Calcetin compresivo 20mmHg
 3 Capas Bota de Unna Calcetin compresivo 40 mmHg
 2 Capas Venda elástica Tradicional Otro: _____



**DETERMINACIÓN DE CARGA BACTERIANA
PROTOCOLO VALORACIÓN DIAGNÓSTICA DE HERIDAS Y ÚLCERAS, FINH.**

Fuente: Fundación Instituto Nacional de Heridas

	Epitelización	Colonización Baja	Colonización Crítica	Infección
Piel circundante	Sana, Descamada o Pigmentada	Sana, Pigmentada, Descamada o Macerada	Macerada, Pigmentada Descamada o Sana	Eritematosa
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido Esfacelado o Necrótico	0%	<2 %	≥2%	≥25 %
Calor Local	No	No	No	Si

DETERMINACIÓN DE CARGA BACTERIANA DE HERIDA Y ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO

Fecha	(ingreso)			
Epitelización				
Colonización Baja				
Colonización Crítica				
Infección				
Dolor Según Eva				
Exudado Cantidad				
OTROS ASPECTOS				
Dolor				
Edema				
Protocolo a utilizar (Infectado/No infectado)				
OBSERVACIONES				

Indicación de Enfermería:

- Reposo relativo
- Posición Trendelenburg
- Uso de alzaropa
- Mantener apósitos limpios y secos
- Sistemas compresivos
- Descanzar cada una hora 15 minutos

Derivación:

- Médico General
- Médico Cirujano Vascular (nivel secundario)
- Nutricionista
- Control programa cardiovascular
- Trabajador Social
- Salud Mental



