

1878626

DECRETO N° 1560

TEMUCO, 23 OCT 2019

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N° 164 de 1981, N° 39 y N° 711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- 3.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- El Decreto Alcaldicio N°- 3857 del 14 de Diciembre de 2018, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2019.
- 5.- Res. Exta. N°12188 del 07-10-2019 que aprueba Convenio Colaboración Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR), 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 Colaboración Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR), suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 2.- Los componentes de la referida Resolución se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



JUAN ARANEDA NAVARRO  
SECRETARIO MUNICIPAL

CWF/NBP/SGS/yds.

DISTRIBUCION:

- El indicado
- Of. de Partes Municipal
- Departamento



MIGUEL BECKER ALVEAR  
ALCALDE



**MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**  
OFICINA DE PARTES  
008634  
PROVIDENCIA:  
FECHA ENTRADA: 08 OCT. 2019  
RESPONDER ANTES DE *Salud*



REF.: Aprueba Convenio Colaboración "Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR)" con la Municipalidad de Temuco.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 12188

RLC/FPH

TEMUCO, 07 OCT. 2019

**VISTOS:**

- 1.- Convenio Colaboración "Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR)", de fecha 12 de agosto de 2019, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que las partes con fecha 12 de agosto de 2019, celebraron convenio "Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR)", a fin de realizar "Curación Mediante Manejo Avanzado de Heridas y Terapias Comprensivas".

**TENIENDO PRESENTE:**

- 1.- DFL 1/05 que fija el texto refundido del DL:2763 que crea los Servicios de Salud
- 2.- DS. 140/04 Reglamento del Servicio Salud
- 3.- Reglamento de la Ley 15.076, aprobado por D.S. N°110, de 1963, del Ministerio de Salud, modificado por el D.S. N°908 de 1991, del mismo Ministerio
- 4.- Decreto exento N° 39 de 2018, que dispone orden de subrogancia del Director del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 5.- Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República,

**RESOLUCION:**

1.- **APRUEBASE** Convenio de Colaboración "Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR)", de fecha 12 de agosto de 2019, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, conforme al siguiente tenor:

En Temuco, a 12 de agosto del 2019, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat 969, representado por su Director Sr. **RENE LOPETEGUI CARRASCO**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Temuco, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 650, de la comuna de Temuco, representada por su Alcalde Don **MIGUEL BECKER ALVEAR**, de ese mismo domicilio,

**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**

**DEPARTAMENTO JURIDICO**

Plata Nanocristalina	96
DACC Lamina	840
Protector cutáneo spray	200
Sistema compresivo multicapas de 2 capas	450
Tull de silicona	500
Hidrogel en gel	300
Venda Semielastica	4000
Lubricante cutáneo	1000
Solución limpiadora Polihexamida con betaina	90

**SEXTO:** Por su parte la Municipalidad, a través de su Departamento de Salud, debe contribuir a la entrega de prestaciones de Salud en forma oportuna 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 de 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 del Servicio de Salud Araucanía Sur.
3. Disponer de Recurso Humano enfermera para la realización de procedimiento curación avanzada ulcera venosa, en el Cefsam de Santa Rosa.
4. Ser responsable de rotar los insumos, evitando el riesgo de mermas por vencimiento y/o deterioro.
5. Registrar en ficha clínica electrónica y registros ministeriales el ingreso, la evolución y el alta del paciente.

**SEPTIMO:** El Servicio de Salud podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución de esta estrategia del programa explicitada en la cláusula anterior con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, el que además deberá enviar al Servicio de Salud, la siguiente información, al profesional referente Sra. Paola Oyarzun, vía correo electrónico [paola.oyarzun@redsalud.gob.cl](mailto: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 (anexo 1)
2. Envío mensual de ficha pacientes que ingresan al programa Piloto Curación Avanzada Ulcera Venosa (anexo2).
3. Registro en ficha clínica electrónica Rayen
4. Visita de acompañamiento del Referente del Piloto al Cefsam de Santa Rosa.-

**ANEXO N° 1:**

**NOMINA DE ATENCION DE PACIENTES PILOTO ULCERA VENOSA CESFAM SANTA ROSA**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**ENFERMERA RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

<b>N°</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>RUT</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>FECHA INGRESO</b>	<b>FECHA CURACIONES</b>	<b>FECHA ALTA</b>
<b>1</b>								
<b>2</b>								
<b>3</b>								

**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**

**DEPARTAMENTO JURIDICO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años Fono: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Acceso/transporte al Centro de Salud: \_\_\_\_\_

**Valoración Inicial:**

**Se encuentra laboralmente activo**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**Red de Apoyo:**

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

Trabajo Físico \_\_\_\_\_

Jubilado \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí:

Administrativo \_\_\_\_\_

Dueña de casa \_\_\_\_\_

¿Quién?

Otro \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

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

T.V.P: De \_\_\_ Iz \_\_\_

Otras: \_\_\_\_\_

Insuficiencia Renal

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Años cursando patología crónica

Hábitos:

Tabaquismo

OH

Drogas

Actividad física:  si  no

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  Bota de Unna  Calcetín compresivo  
40 mmHg  3 Capas  Venda elástica Tradicional  Otro:  
 2 Capas

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

Fuente: Fundación Instituto Nacional de Heridas

Municipalidad, una vez totalmente tramitada.

**2.- NOTIFIQUESE**, la presente resolución a la

**3.- DISPONGASE** la incorporación de la presente resolución en nómina que deberá ser remitida a Contraloría Regional y que individualice todos los actos sujetos a eventual control de reemplazo. Lo anterior, de acuerdo a formato que proporcionará Contraloría General y en los términos dispuestos en el artículo 5 de la Resolución N°8 de 2019, de Contraloría General de la Republica.

**ANOTESE y COMUNIQUESE**



**DISTRIBUCIÓN:**

Municipalidad  
Dpto. APS  
Dpto. jurídico  
Archivo



## CONVENIO DE COLABORACION FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

### SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR- MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

En Temuco, a 12 de agosto del 2019, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat 969, representado por su Director Sr. **RENE LOPETEGUI CARRASCO**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Temuco , persona jurídica de derecho público domiciliado 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 celebrar un convenio, 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 en virtud de lo anterior, y para alcanzar el propósito y cumplimiento del **Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud (FOFAR)** fundamentada en **Resolución Exenta N° 1276 del 28 de Diciembre del 2018** del Ministerio de Salud las partes vienen por este acto en celebrar un convenio de colaboración, basado en los términos de la normativa descrita en las cláusulas anteriores, en cuya virtud, las partes se comprometen a lo siguiente





5. Registrar en ficha clínica electrónica y registros ministeriales el ingreso, la evolución y el alta del paciente.

**SEPTIMO:** El Servicio de Salud podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución de esta estrategia del programa explicitada en la cláusula anterior con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, el que además deberá enviar al Servicio de Salud, la siguiente información, al profesional referente Sra. Paola Oyarzun, vía correo electrónico [paola.oyarzun@redsalud.gob.cl](mailto:paola.oyarzun@redsalud.gob.cl)

1. Envío de planilla mensual, con registro de prestaciones (curaciones) entregadas a los beneficiarios del Programa Piloto Curación Avanzada Úlcera venosa (anexo 1)
2. Envío mensual de ficha pacientes que ingresan al programa Piloto Curación Avanzada Úlcera Venosa (anexo2).
3. Registro en ficha clínica electrónica Rayen
4. Visita de acompañamiento del Referente del Piloto al Cesfam de Santa Rosa.-



**OCTAVO:** 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 úlcera venosa	Nº de pacientes ingresados a curación avanzada de úlcera venosa *100	Total de pacientes comprometidos para curación avanzada de úlcera venosa	90%

**NOVENO:** Determínese que el presente **convenio de colaboración**, tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre de 2019. Sin perjuicio de lo anterior, siempre que el programa tenga continuidad para el año siguiente será prorrogada automáticamente su vigencia hasta el 31 de Diciembre del año siguiente. Dicha prorroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud. Ahora bien, conforme al dictamen Nº 16037 de fecha 10-04-2008 y Nº 11.189 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 de Enero del 2019.

**DECIMO:** 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 PRIMERO:** La personería jurídica de Don **MIGUEL BECKER ALVEAR** para actuar es 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 jurídica del Director de Servicio **D. RENE LOPETEGUI CARRASCO**, consta en D.S. Nº 66/2018 del Ministerio de Salud, que no se insertan, por ser conocido de las partes.-



**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								



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:**



**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	Sí

**DETERMINACIÓN DE CARGA BACTERIANA DE HERIDA Y ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO**

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

**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

