

**I. MUNICIPALIDAD DE DOÑIHUE
DEPARTAMENTO DE SALUD**

N° INT.: 1082

DECRETO ALCALDICIO N° 879

DOÑIHUE, 20.4.2018

CONSIDERANDO:

La Resolución Exenta N° 0990/18, de la Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, donde aprueba Convenio "Programa Servicio Urgencia Rural (SUR)", suscrito entre el Servicio de Salud O'Higgins y la Ilustre Municipalidad de Doñihue.

VISTOS:

- 1.- Decreto N° 374/87 Ministerio de Salud.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

Apruébase Resolución enunciada en el considerando del presente Decreto, suscrito entre el Servicio de Salud O'Higgins y la Ilustre Municipalidad de Doñihue.

ANOTESE, COMUNIQUESE, CUMPLASE Y ARCHIVASE.


LILIAN CONTRERAS BARRIOS
SECRETARIA MUNICIPAL

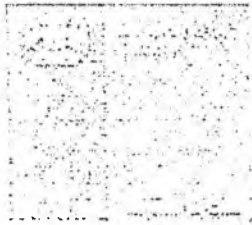
RAG/LCB/JMS/RSP

Distribución:

- 1.- Of. Partes Municipal.
- 2.- Depto. Salud Doñihue.


RICARDO BORIS ACUÑA GONZÁLEZ
ALCALDE ALCALDE





SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

AVS

PROGRAMA SERVICIO DE URGENCIA RURAL (SUR)



INDICE

I.	ANTECEDENTES:.....	3
II.	FUNDAMENTACION:.....	3
III.	PROPOSITO:.....	4
IV.	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:.....	4
	Objetivo General:.....	5
	Objetivos Específicos:.....	5
V.	COMPONENTES:.....	5
VI.	PRODUCTOS ESPERADOS:.....	6
VII.	MONITOREO, EVALUACIÓN Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:.....	6
VIII.	FINANCIAMIENTO:.....	6
	CONDICIONES PARA FINANCIAMIENTO SUR:	6
	ESTABLECIMIENTOS DE DEPENDENCIA MUNICIPAL:	7
IX.	ANEXO 1: SERVICIO DE URGENCIA RURAL.....	8



I. ANTECEDENTES:

De acuerdo a la definición censal, la población rural total del país según censo del año 2002 representaba un 13.5%.

Según proyecciones (en revisión) del CENSO 2012 el número de personas viviendo en ruralidad serían 2.274.480, que representarían un 13.3%

Esta población demostradamente, a través de tasas AVPP y AVISA, es más vulnerable a los riesgos de salud y sus indicadores de salud muestran mayor deterioro que poblaciones urbanas. Además debe agregarse que tienen menor acceso a dispositivos de atención de salud, muy especialmente a acciones de atenciones secundarias y terciarias. Lo anterior redundará en acceso tardío y a veces ya inútil a prestaciones y/o procedimientos complejos, como son diagnósticos y tratamientos de cáncer, hemodiálisis, exámenes de laboratorio especializado, etc. Lo anterior hace que la mayor demanda se dé sobre la APS.

Los Consultorios Generales Rurales CGR, que junto a las Postas de Salud Rural PSR y Hospitales de baja complejidad u Hospitales comunitarios HC que atienden a esta población son en la actualidad 181 CGR, 1182 PSR y 98 HC, distribuidos en las comunas rurales del país.

Por su parte los CGR tradicionalmente han realizado atenciones de urgencia a su población, fuera de horario hábil, dada por técnicos paramédicos.

El Programa SUR, provee recursos destinados a financiar atenciones de médicos otros profesionales, en horarios inhábiles en los CGR, para atender a las necesidades asistenciales de la población de su área geográfica de influencia.

Lo anterior excluye, en principio, de participar en este programa a aquellas comunas que cuentan con hospitales comunales, dado que en ellas existe atención de urgencia, como componente garantizado en su cartera de servicios.

La creación y financiamiento de los "Servicios de Urgencia Rurales" SUR representa la voluntad de las autoridades de salud de introducir criterios de equidad, en las comunas rurales más pobres del país, a través del financiamiento de la atención médica de urgencia, fuera de horario hábil, cuyo objetivo final es contribuir a elevar el nivel de salud de su población aumentando la accesibilidad, disponibilidad, eficiencia e impacto de las acciones de salud frente a la demanda impostergable de atención médica. Lo anterior, requiere asimismo el compromiso de las autoridades municipales de las comunas entregadas a su administración, quienes deben poner en acción y colaborar al funcionamiento de estos dispositivos de atención.

El desarrollo del Programa SUR acoge lo prescrito por el Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y Comunitario y se inserta en los lineamientos generales de las Políticas para la Atención Primaria. Esta orientación, si bien es general, exige en este caso especial énfasis en la solución de problemas urgentes de salud de grupos cuya accesibilidad a los centros de atención de salud es limitada por razones geográficas, dispersión poblacional y/o de distancia a los centros con mejor resolutivez en salud.

II. FUNDAMENTACIÓN:

La necesidad de optimizar la implementación de un sistema de atención de urgencia en los Consultorios Generales Rurales tiene como principio no sólo mejorar la situación de vida y salud, mediante la facilitación del acceso a la atención de salud de las



poblaciones alejadas de los centros urbanos, sino también elevar la capacidad resolutoria de ese nivel y mejorar la calidad de la atención. Ello implica atención profesional inmediata y normas claras de referencia y contrarreferencia, que aseguren la mayor protección de la salud y la satisfacción del usuario, evitando su derivación innecesaria a otro centro asistencial de mayor capacidad resolutoria y retardando su asistencia, con eventuales mayores riesgos por la tardanza en la atención.

III. PROPÓSITO:

El Servicio de Urgencia Rural SUR deberá entenderse como el conjunto de recursos humanos y materiales, organizados en el Consultorio General Rural para dar respuesta a la demanda asistencial de todo cuadro clínico que implique riesgo vital y o secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable, lo que conceptualmente se define como "Emergencia", además de acoger las demandas de atención por cuadros que, a juicio del usuario no admiten espera, lo que se conceptualiza como "Urgencia".

A lo anterior debe agregarse que, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Garantías de Salud GES, se requiere que la población usuaria tenga la posibilidad de acceder a atenciones de urgencia en el momento que se requiera.

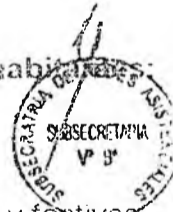
IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

Programa de actividades propuesto para realizarse en los Consultorios Generales Rurales, CGR, en comunas que no cuentan con Hospitales de Baja Complejidad, reforzando los niveles locales con recursos financieros adicionales, acordes a su población, con el fin de optimizar la atención de urgencia con los profesionales más idóneos disponibles según cada caso, permitiendo potenciar las atenciones que a ellos corresponden.

Este Programa deberá considerar el tamaño de las poblaciones a atender así como la disponibilidad de profesionales médicos y/o profesionales de colaboración médica y de Técnicos Paramédicos entrenados en atención de Urgencias, para realizar las atenciones correspondientes.

Debe señalarse que la dispersión, el tamaño, el número de población, así como la tipología geográfica de comunas y localidades rurales donde este programa se desarrolla determinará la tipología o nivel de Servicios de Urgencia Rural que se instalen, así como su horario. Estos niveles son:

1. En CGR con población inscrita y validada superior a 15.000 habitantes
Modalidad alta
 - Médico residente 20:00 a 23:00 horas de lunes a viernes.
 - Médico de llamada 23:00 a 8:00 de lunes a viernes; y sábados, domingos y festivos 24 horas.
 - Técnico paramédico residente 20:00 a 8:00 lunes a viernes, y 24 horas sábados, domingos y festivos
 - Chofer residente y camillero de llamada en horario de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.



2. En CGR con población inscrita y validada de 10.000 a 15.000 habitantes:
Modalidad media.

- Médico de llamada de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos
- Técnico paramédico residente de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.
- Chofer residente y camillero de llamada de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.

3. En CGR con población inscrita y validada menor de 10.000 habitantes:
Modalidad baja.

- Médico u otro profesional de llamada de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos.
- Técnico paramédico residente de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos
- Chofer de llamada de 20:00 a 8:00 horas de lunes a viernes; y 24 horas sábados, domingos y festivos

Nota: El horario considerado no hábil se inicia una vez finalizada la extensión horaria de los centros de APS, es decir después de las 20.00 horas. Ello determina la hora de inicio del turno de urgencia.

• OBJETIVO GENERAL:

Otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible en situaciones de urgencia-emergencia médica de carácter impostergable, a la población de las localidades rurales en las que no existe otro establecimiento asistencial que cubra la demanda de urgencia, en horarios inhábiles, a los usuarios que concurren, así como a los usuarios derivados del sector rural de su área de atracción.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Establecer en los Consultorios Generales Rurales, en horario no hábil, un modelo de atención de urgencia organizado destinado a:

- Realizar atención inmediata médica o profesional de recuperación de la salud, a fin de resolver problemas de morbilidad aguda que se presenten.
- Otorgar primeros auxilios, aplicar tratamientos, dejar en observación hasta por 6 horas y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes críticos en situaciones de urgencia inmediata.
- Derivar y trasladar oportunamente y coordinadamente, en condiciones de compensación y seguridad, aquellos pacientes que por la complejidad del caso o la necesidad de recursos requeridos deba ser atendido en otro establecimiento, de mayor complejidad de la red de urgencia correspondiente.

V. COMPONENTES:

1. Atención médica o profesional inmediata, según patología de los consultantes, entregada por Técnico Paramédico, Profesional de colaboración Médica o por médico, según requerimiento.



2. Aplicación de tratamientos y/o procedimientos de enfermería.
3. Traslados a los niveles de mayor complejidad, cuando la patología del consultante así lo requiera.

VI. PRODUCTOS ESPERADOS:

1. Consultas médicas dadas por médicos, profesionales de colaboración médica y/o Técnicos Paramédicos.
2. Tratamientos y/o procedimientos clínicos o de enfermería aplicados por médicos, profesionales de colaboración médica y/o Técnicos Paramédicos.
3. Traslados a establecimientos de mayor resolutivead.

VII. MONITOREO, EVALUACIÓN Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

El monitoreo de estas actividades es la constatación de la realización de las actividades propuestas. Su medición, en el caso de los tres componentes se efectúa a través de los registros habituales de prestaciones en los sistemas de salud, esto es a través de registros estadísticos mensuales REM:

- a) Consultas médicas de urgencia realizadas/año, REM
- b) Procedimientos médicos y de enfermería efectuados en SUR, REM (Misceláneos)
- c) Traslados a establecimientos de mayor resolutivead / año, REM

NOTA:

Por tratarse este Programa del funcionamiento de instancias de atención de urgencias, en las cuales el sistema instalado debe estar plenamente funcional, por 365 días al año, al margen del número de consultas que realizaren, la evaluación de actividades realizadas por las mismas, no dará origen a reliquidaciones.

VIII. FINANCIAMIENTO:

▪ CONDICIONES PARA FINANCIAMIENTO SUR:

Cuando las comunas solicitan financiamiento a un SUR único comunal, el financiamiento acordado será por la atención del total de su población inscrita y validada de la comuna. Sin embargo, en el caso que no sea el único dispositivo en la comuna, el financiamiento se asignará de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Si una comuna rural posee más de un Consultorio General Rural CGR, que atiende a localidades distintas y lejanas entre sí, las comunas podrán solicitar, según sus realidades, financiamiento de más de un SUR, correspondiéndoles en ese caso financiamiento por las poblaciones efectivamente adscritas a cada establecimiento. En el caso anterior, el SUR inicial que se financiaba por el total de la población comunal, deberá ajustarse a la población real que le corresponderá atender después de la creación de los SUR adicionales.



2. En el caso de contarse con un SAPU en la comuna y se solicitara la creación de un SUR adicional, el nivel de financiamiento de este ultimo sera en base a la población del establecimiento.

▪ ESTABLECIMIENTOS DE DEPENDENCIA MUNICIPAL:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Parida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtitulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378 glosa 02 y tiene como proposito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Publico antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme a la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas a mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

Los recursos serán transferidos en 12 cuotas o duodecimal, por los Servicios de Salud respectivos, de acuerdo al tipo de dispositivo existente.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°759 de 2003, de la Contraloría General de la República.



IX. ANEXO 1: SERVICIO DE URGENCIA RURAL

METAS E INDICADORES

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
1. Atención médica inmediata según patología de los consultantes, entregada por Técnico Paramédico, Profesional de colaboración Médica o por médico, según requerimiento.	1. Consultas médicas dadas por médicos, profesionales de colaboración médica y/o Técnicos Paramédicos.	1. Consultas médicas de urgencia realizadas/año, en SUR.	REM
2. Aplicación de tratamientos y/o procedimientos médicos o de enfermería.	2. Tratamientos y/o procedimientos clínicos o de enfermería aplicados por médicos, profesionales de colaboración médica y/o Técnicos Paramédicos.	2. Procedimientos médicos y de enfermería/año, realizados en SUR.	REM
3. Traslados coordinados a los niveles de mayor complejidad, cuando la patología del consultante así lo requiera.	3. Traslados coordinados a establecimientos de mayor resolutivead.	3. Traslados coordinados a establecimientos de mayor resolutivead/año, desde SUR	REM

