



NACIONAL



RESOLUCION 118/2009
MINISTERIO DE SALUD (MS)

Créase el Programa de Salud Familiar.
Del 02/02/2009; Boletín Oficial 10/02/2009.

VISTO el expediente 1-2002-16.927/08-4 del registro del MINISTERIO DE SALUD, y
CONSIDERANDO:

Que la ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD es una estrategia sanitaria que fortalece el derecho a la salud, con la que se pretende disminuir la inequidad en el acceso a los servicios de salud, y mejorar la cobertura sanitaria de nuestra población.

Que es política prioritaria de este Ministerio la necesidad de fortalecer la estrategia de la Atención Primaria, priorizando la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de enfermedades y la reducción de daños y/o sufrimientos que puedan comprometer las posibilidades de vivir de modo saludable.

Que este Ministerio en su momento ha creado Programas en lo referente a la Atención Primaria de la Salud, como el PROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD aprobado por [Resolución N° 1077](#) de fecha 8 de octubre de 2004; el PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS aprobado por [resolución N° 915](#) de fecha 13 de septiembre de 2004 y sus modificatorias N° 1782 de fecha 13 de noviembre de 2006 y N° 961 de fecha 7 de agosto de 2007; el PROGRAMA DE APOYO NACIONAL DE ACCIONES HUMANITARIAS PARA LAS POBLACIONES INDIGENAS (ANAHI) aprobado por Resolución N° 472 de fecha 14 de junio de 2000 y la COMISION NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DEL COLERA, aprobada por Resolución N° 302 de fecha 26 de abril de 1994.

Que a la luz de los nuevos objetivos es preciso incorporar criterios que permitan desarrollar más eficientemente las acciones que posibiliten el acceso universal y continuo a los servicios de salud; considerado el lugar central del sistema de salud, con territorio adscripto de forma tal que permita el planeamiento y la programación descentralizada.

Que en el marco descrito, es necesario integrar la gestión y los recursos de los Programas existentes, reformulando sus objetivos, con el propósito de reforzar y acrecentar el desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en nuestro país.

Que en virtud de todo lo expuesto resulta necesario crear el PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR, cuyo objetivo será establecer en las jurisdicciones Equipos Interdisciplinarios de atención primaria de la salud, con población nominal a cargo y educación permanente en servicio, integrándose además con los objetivos del PROGRAMA DE APOYO NACIONAL DE ACCIONES HUMANITARIAS PARA LAS POBLACIONES INDIGENAS (ANAHI); del PROGRAMA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD; del PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS y de la COMISION DE NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DEL COLERA.

Que la DIRECCION GENERAL SE ASUNTOS JURIDICOS, ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello,

La Ministra de Salud resuelve:

Artículo 1º.- Créase en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD el PROGRAMA DE

SALUD FAMILIAR, el que actuará en la órbita de la SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS, cuyo objetivo será establecer en las jurisdicciones Equipos Interdisciplinarios de atención primaria de la salud, con población nominal a cargo y educación permanente en servicio, integrándose además con los objetivos del PROGRAMA DE APOYO NACIONAL DE ACCIONES HUMANITARIAS PARA LAS POBLACIONES INDIGENAS (ANAHI) establecido por Resolución N° 472/00; del PROGRAMA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, establecido por [Resolución N° 1077/04](#); del PROGRAMA DE MEDICOS COMUNITARIOS establecido por [Resolución N° 915/04](#) y sus modificatorias N° 1782/06 y N° 961/07; y de la COMISION NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL COLERA establecida por Resolución N° 302/94.

Art. 2°.- Apruébanse los lineamientos estratégicos generales que regirán las pautas emanadas del Programa creado en el artículo precedente, que se agregan como ANEXO I a la presente Resolución.

Art. 3°.- Créase la Unidad Coordinadora Central del PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR la que tendrá a su cargo la elaboración de los planes de corto y mediano plazo destinados al logro de los objetivos y metas aprobados en el artículo 2°, que estará conformada por las siguientes áreas programáticas: Administrativa; Gestión de Equipos; Educación Permanente en Servicio; Evaluación y Monitoreo; y Pueblos Originarios.

Art. 4°.- La Unidad Coordinadora Central, creada por el artículo anterior, será coordinada por el Dr. Mario Gustavo ACUÑA D.N.I. N° 14.941.323 y sub-coordinada por el Dr. Fernando Enrique COPPOLILLO, D.N.I. N° 20.572.789.

Art. 5°.- Invitar a las jurisdicciones a suscribir convenios que permitan desarrollar los objetivos del Programa, cuyo modelo se agrega como ANEXO II.

Art. 6°.- Aquellas jurisdicciones que no suscriban los convenios, mantendrán el sistema vigente establecido por Resolución N° 472/00, [Resolución N° 1077/04](#), [Resolución N° 915/04](#) y sus modificatorias N° 1782/06 y N° 961/07 y la Resolución N° 302/94.

Art. 7°.- El gasto que demande el programa se afectará al presupuesto de este ministerio y del proveniente de organismos internacionales.

Art. 8°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

María G. Ocaña.

ANEXO I.

LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

CAPITULO 1

I. FUNDAMENTOS

La Declaración de Alma Ata, en 1978, define la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y destaca la importancia de garantizar adecuadas condiciones de salud para la población, procurando la corrección de las desigualdades a través del acceso universal a servicios básicos integrales, fomentando la participación comunitaria, la acción intersectorial y el uso racional de los recursos. De acuerdo a esta declaración, los componentes de la Atención Primaria de la Salud (APS) incluyen, por lo menos:

- Educación en relación a los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos o controlarlos.
- Promoción del abastecimiento de alimentos y de una adecuada nutrición.
- Adecuado suministro de agua potable y de servicios sanitarios básicos
- Atención de la salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- Prevención y control de las enfermedades endémicas locales
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y lesiones comunes
- Provisión de medicamentos esenciales

La APS como estrategia global para mejorar la salud de las comunidades incluye muchos

componentes cuya implementación no depende sólo de los profesionales de la salud sino que requieren del aporte integrado de muchas disciplinas y fundamentalmente, de decisiones políticas firmes y sustentables en el tiempo.

En esta Estrategia, la contribución de los médicos y de otros profesionales del equipo de salud como los enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, agentes sanitarios, etc. se torna especialmente relevante.

La APS puede ser abordada para su estudio y evaluación desde dos grandes perspectivas: la que tiene que ver con el reconocimiento de necesidades, diagnóstico y manejo de los problemas que afectan al paciente y su familia desde un contexto microsocioal, y la que se relaciona con la identificación de las necesidades y la resolución de problemas de la comunidad en un contexto macrosocioal.

La APS implica privilegiar la asignación de los recursos allí donde están las necesidades, donde están los problemas de salud, en definitiva donde está la gente y donde la gente decida. Esto significa, en la práctica, reorientar el financiamiento hacia la comunidad, hacia el Primer Nivel de Atención, hacia la Prevención Primaria; allí donde el recurso es más eficiente y asegura la equidad. Desde esta perspectiva se visualiza la necesidad de producir cambios fundamentales en los servicios de salud, centrando el eje de abordaje en la Salud Familiar y Comunitaria.

Poner en marcha un programa de Atención Primaria de la Salud que modifique las características profesionales de un equipo Interdisciplinario, y que logre un mejor aprovechamiento de los distintos niveles de atención del sistema sanitario, así como la constitución de redes comunitarias entre los distintos sectores involucrados se constituye en una necesidad impostergable para lograr un adecuado impacto en la salud en Argentina.

La Salud Familiar y Comunitaria desde su perspectiva bio-psico-social propone una atención integral, global y continua de la persona y la familia a lo largo del ciclo vital. Esto se hace explícito en los principios y fundamentos de la propuesta entre los cuales encontramos:

- Atención comunitaria: el conocimiento de los problemas de salud de la comunidad y los recursos de la misma (tanto sanitarios como de otros sectores) permiten priorizar acciones que den respuesta a los problemas locales de mayor importancia. Esta necesidad se sostiene en el hecho de que los factores socioculturales y medioambientales son determinantes de un gran número de enfermedades, los cuales difícilmente puedan ser modificados sin acciones comunitarias.
- Atención familiar: la familia tiene una importancia trascendental en las condiciones de salud de sus integrantes. Cómo y cuándo enferman sus miembros, la forma en que se expresa la necesidad de atención sanitaria y el modo de resolución de los problemas, están fuertemente ligados a las condiciones genéticas, biológicas y psicosociales de la familia. Este enfoque ofrece al equipo de atención familiar, una perspectiva práctica que le ayudará a dar respuestas en forma integral, trasladando la unidad de cuidado de la atención individual al conjunto de personas que conforman una familia, sin alejarnos del contexto social donde se encuentra inmerso. La familia constituye un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud de sus miembros, y también en el cuidado y la resolución de problemas. Pero también, puede ser generadora de enfermedad y perpetuadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas.
- Trabajo interdisciplinario: implica asumir las actividades de la Atención Primaria, desde una perspectiva interdisciplinaria, significa el aporte de conocimientos y habilidades desde las distintas disciplinas de cara a un objetivo común. Los miembros del equipo tienen claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo, y todos comparten la responsabilidad de los resultados.
- Atención continua, integral y global de la persona y la familia: La atención del equipo de salud familiar se realizará en forma continua en el tiempo, durante todas las etapas del ciclo vital familiar, y su compromiso será con la salud de las personas, antes de que se encuentren enfermas. Un abordaje integral en la atención implicará la responsabilidad en todo el proceso de atención de la salud (reconocimiento del problema o necesidad, diagnóstico y evaluación, manejo y seguimiento). La atención global propone comprender el proceso

salud enfermedad desde la perspectiva biopsicosocial, entendiendo que el mismo está determinado tanto por fenómenos biológicos, como emocionales, familiares y sociales. Este elemento conceptual incorpora la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como pilares de su atención.

II. PROPOSITOS DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR (PSF).

- Proporcionar una atención primaria de alta calidad, prestando cuidados integrales de salud desde la perspectiva biopsicosocial de la persona, la familia y la comunidad.
- Valorar a la promoción de la salud como una herramienta fundamental de las prácticas sanitarias interdisciplinarias.
- Realizar un abordaje interdisciplinario del individuo, la familia y la comunidad.
- Proporcionar cuidados de salud, en forma continua, integral e integrada a la población a cargo bajo su responsabilidad.
- Realizar una atención Integral de la salud durante todas las etapas del ciclo vital familiar.
- Adquirir habilidades y destrezas para resolver la mayoría de los problemas de salud de la población nominal bajo su responsabilidad en un área geográfica determinada.

III. EJES CONCEPTUALES DE LA PROPUESTA DEL PSF.

La propuesta del PSF de integrar equipos interdisciplinarios de APS con población nominal a cargo y en un área georreferenciada, se fundamenta en la necesidad de desarrollar una estrategia sanitaria que procure mejores condiciones de salud para la población comenzando por los grupos más vulnerables y haciendo eje en la implementación de propuestas locales que garanticen la activa participación de la comunidad y prioricen las acciones de prevención y promoción de la salud.

Se propone entonces desarrollar una nueva modalidad de atención centrada en el abordaje de los problemas de salud prevalentes, tales como la desnutrición, la anemia carencial, las adicciones, la violencia familiar, inmunizaciones, mortalidad materno infantil y demás situaciones problemáticas, las cuales adquieren condiciones más dramáticas a medida que la pobreza y la exclusión social se profundizan en las distintas regiones de nuestro país.

La propuesta se asienta en cuatro ejes fundamentales:

1. Abordaje familiar y comunitario: esta perspectiva de abordaje de la problemática de salud se fundamenta en el hecho de que la familia y la comunidad constituyen el ámbito biopsicosocial en el que se juegan las condiciones de salud y enfermedad. En este sentido facilitar y garantizar la activa participación de la comunidad constituye un eje vertebrador y fundamental en el desarrollo de un sistema local de salud.
2. Promoción y prevención de salud: a partir de la convicción de que el compromiso fundamental de los equipos de salud debe ser con la salud de las personas antes de que se encuentren enfermas, el desarrollo de estrategias individuales, familiares y comunitarias de prevención y promoción adquiere un lugar relevante en la prácticas de salud.
3. Atención continua, integral y global: el compromiso de los ESF y la atención de salud que brindan se extiende a todas las etapas del ciclo vital familiar, contemplando en su desempeño los aspectos físicos, emocionales, familiares y sociales de en todo el proceso salud-enfermedad y su abordaje y manejo.
4. Trabajo interdisciplinario e intersectorial: significa enriquecer la perspectiva de comprensión del proceso salud enfermedad con el aporte de conocimientos y competencias diferentes guiados por un objetivo común.

La “Declaración de Sevilla” “Comprometidos con la salud de la población” (CIMF / OPS / WONCA Sevilla, España, 14-17 de mayo 2002) propone:

- El Sistema de Salud debe asegurar una atención longitudinal (continuada a lo largo de la vida del ciudadano), integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes.
- El papel de la Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para lograr estas características.

Asimismo, se debe asegurar la continuidad de los cuidados entre niveles de atención, los cuales deben tener unas funciones bien definidas y trabajar de forma coordinada. La Atención Hospitalaria, para ser eficiente, deberá definirse como complementaria del primer nivel.

- El primer nivel de atención debe estar a cargo de Equipos de Atención Primaria interdisciplinarios.

Para ello es esencial que asuman la responsabilidad de la atención a la salud de las personas, integren la información sanitaria, promuevan la participación de la comunidad y oferten una cartera de servicios amplia y bien establecida, que tenga en cuenta, cuando sea pertinente, la necesidad de desarrollar modelos de atención interculturales.

Conforme a estos principios se propone una estrategia de trabajo centrada en la conformación

de equipos interdisciplinarios, con población vulnerable a cargo, utilizando como criterio de elaboración

de sus cursos de acción el Enfoque de Riesgo y la Estrategia de Programación Local Participativa

en un marco de Educación Permanente en Servicio.

CAPITULO 2. IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR (PSF)

I. ESTRUCTURA DE LOS EQUIPOS

Como modelo inicial que luego deberá adaptarse a cada realidad regional el equipo estará constituido

por diez profesionales de distintas disciplinas y cinco agentes sanitarios integrando cinco unidades

de salud familiar (USF) de médico, enfermero y agente sanitario más un equipo de apoyo (EA)

con trabajadores sociales, nutricionistas y los profesionales que sean requeridos, según el perfil de

cada comunidad, además de un coordinador o equipo de coordinación.

Cada Equipo de Salud Familiar tendrá una población a cargo de hasta 15.000 personas, y estará

organizado en Unidades de Salud Familiar (USF) constituida por un médico generalista, un enfermero

y un agente sanitario. A cada Unidad de Salud Familiar le corresponderá una población a cargo de

hasta 3000 personas. Los médicos de las USF serán especialistas certificados en medicina general

o medicina familiar.

II. ACTIVIDADES DE LOS ESF

La estrategia básica de trabajo que constituye el marco en que desarrollarán sus actividades será la Estrategia de Programación Local Participativa. Durante el momento inicial de Diagnóstico los

ESF realizarán un relevamiento de las diferentes instituciones de cada comunidad y de los medios

de comunicación a fin de constituir redes intersectoriales que coordinen, potencien y fortalezcan el

trabajo en la comunidad.

Complementado esta instancia se realizará en cada región un relevamiento Sociosanitario Familiar

y Comunitario, cuyo propósito es obtener datos actualizados y fidedignos respecto a las condiciones

habitationales, socioeconómicas y sanitarias de cada área de trabajo que sirvan como sustrato

de diseño de acciones futuras, constituyendo además un instrumento de seguimiento y evaluación

de la implementación de la propuesta.

Las actividades contempladas en la presente se constituyen en la base operativa para establecer

un sistema de Incentivos por cumplimiento de metas.

1. AREA COMUNITARIA

- Reconocer la necesidad del trabajo en equipo, conociendo y compartiendo los roles de los otros profesionales sanitarios y no sanitarios que componen los equipos de salud El equipo de salud realizará un abordaje de la comunidad en forma interdisciplinaria, participando en las actividades de programación, intervención y evaluación.
- Implementar la estrategia de programación local participativa El equipo de salud familiar deberá conocer las características de su área programática, identificando y trabajando en forma conjunta con las organizaciones locales. Realizará una cartografía del área de influencia. Además Identificará las familias de riesgo social, según criterios preestablecidos. Realizará un seguimiento de las unidades familiares, priorizando los grupos de mediano y alto riesgo. Identificará los problemas y necesidades de la población a cargo. Conocerá la distribución y determinantes de los problemas de salud prioritarios en su comunidad.
- Orientará los recursos y actividades para resolver los problemas prevalentes.
- Promoverá la participación comunitaria en la definición de prioridades y en la realización de actividades.
- Evaluará los procesos y resultados de las acciones en salud.

2. AREA FAMILIAR

A. Entender la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y Sistémica

- El equipo de salud, abordará a la familia como una unidad de atención.
- Deberá relacionar la familia con los problemas de salud.
- Conocerá el modelo ecológico familiar

B. Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital (CVF) en la salud de la familia y el Individuo

- Clasificará a las familias según su estructura y CVF.
- Presentará habilidades para relacionar la estructura familiar y el CVF con los problemas de salud del individuo y su familia.
- Deberá reconocer los problemas emocionales, conductuales y de interacción que tienen que ver con las etapas del ciclo vital familiar.

C. Conocer la importancia de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar.

- Conocerá los efectos que sobre el individuo y la familia producen los factores estresores.
- Identificará los acontecimientos vitales estresantes mediante cuestionarios o el uso del genograma.
- Reconocerá la importancia y las dimensiones de la red social en el proceso salud - enfermedad individual y en la función familiar.
- Utilizará instrumentos para identificar y analizar la red social.

D. Estudiar a los pacientes con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en su contexto familiar:

- Asumirá la necesidad de abordar a los pacientes crónicos, discapacitados, inmovilizados o terminales desde la perspectiva familiar.
- Conocerá el papel del paciente crónico, discapacitado o inmovilizado en el desencadenamiento

de problemas psicosociales o de disfunción familiar.

- Utilizará instrumentos para conocer la tipología psicosocial, experiencias y creencias de la enfermedad crónica.
- Reconocerá las características del cuidador principal.

E. Atender los problemas psicosociales y la disfunción familiar

- Adquirirá habilidades para la detección y abordaje de problemas psicosociales.
- Utilizará instrumentos para evaluar la función familiar.
- Establecerá las bases de la intervención familiar en problemas psicosociales y disfunción familiar.

3. AREA ACCIONES EN SALUD

A. Realizar un abordaje continuo, integral y global de la mujer, el niño y el adolescente dentro del

ámbito familiar y comunitario.

- Realizará una atención integral de la salud mujer desde una perspectiva familiar y social.
- Adquirirá habilidades y destrezas para la atención de los problemas prevalentes de la mujer durante las distintas etapas del ciclo vital familiar.

• Realizará una atención integral de la salud del niño, desde una perspectiva familiar y social,

identificando situaciones de riesgo y maltrato infantil.

- Adquirirá habilidades y destrezas para la atención de los problemas prevalentes del niño en las distintas etapas (lactante, preescolar, escolar, preadolescente) y su familia.

• Realizará una atención Integral de la salud del adolescente en su contexto sociofamiliar.

- Adquirirá habilidades y destrezas para la atención de los problemas prevalentes del adolescente y su familia.

B. Realizar un abordaje continuo, integral y global del adulto y el anciano dentro del ámbito familiar

y comunitario.

- Realizará una atención integral de la salud del adulto desde una perspectiva familiar y social.

• Adquirirá habilidades y destrezas para la atención de los problemas prevalentes del adulto durante las etapas del ciclo vital familiar

- Realizará una atención geriátrica multidimensional, procurando una evaluación funcional de las personas mayores bajo su cuidado.

C. Desarrollar un proceso de atención centrado en la persona

• Llevar adelante un modelo de atención centrado en la persona que implique: el refuerzo de la relación profesional-paciente-familia, atención tanto de la enfermedad como el padecimiento (dimensión

humana del enfermar), desarrollar actividades preventivas (independientemente del motivo de consulta), reforzar las decisiones informadas y la alianza terapéutica de acuerdo con los valores,

motivaciones e intereses de los pacientes.

- Adquirirá habilidades y destrezas en técnicas de comunicación que faciliten el relevamiento de

información y modificación de estilos de vida que supongan riesgos para la salud familiar.

• Cumplimentará un sistema de registro en atención primaria a través de la historia clínica familiar

orientada por problemas

D. Integrar una red sanitaria

- La accesibilidad es la principal característica estructural para un buen funcionamiento de cualquier

sistema de atención primaria. Si no hay acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse

al punto que afecten seriamente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a la vez que provocan en los usuarios insatisfacción con el sistema de atención y tendencia a la sobreutilización de servicios alternativos tales como los consultorios de urgencia o guardias de emergencia en los hospitales. Esta propuesta está orientada a la integración de todos los efectores en una estructura de complejidad creciente ya que resulta fundamental constituir una Red Sanitaria de Referencia y Contrarreferencia que articule los ESF con Centros Regionales de Referencia y a éstos con Hospitales de mayor complejidad. La implementación de la propuesta de un sistema integral e integrado de referencia-contrarreferencia permitirá que estas acciones se desarrollen coordinadamente con complejidad creciente para la resolución de los problemas de salud. Así también fortalecerá una efectiva y eficaz regionalización de los servicios, evitando la superposición de actividades y reduciendo los costos en salud.

4. AREA DE DOCENCIA E INVESTIGACION

A. Estimular la formación y desarrollo de equipos interdisciplinarios de Investigación en salud familiar y comunitaria.

- Constituirá con lo restantes miembros de su Equipo de Salud Familiar equipos locales interdisciplinarios de investigación.

- Participará en la capacitación del equipo de salud de su área, a través de presentación de casos problemas, ateneos, y revisiones bibliográficas en el marco de la Estrategia de Educación

Permanente en Servicio.

- Desarrollará el hábito de lectura crítica de publicaciones y trabajos de investigación.

B. Desarrollar la estrategia metodológica de investigación-acción participativa como fundamento

del trabajo comunitario en programación local participativa.

- Desarrollará proyectos de investigación de alta calidad y rigor científico, en temáticas vinculadas

a los problemas de salud identificados en su comunidad.

- Fundamentará el trabajo comunitario en el desarrollo de la estrategia de Investigación Acción

Participativa y los resultados de la misma.

III. ACTIVIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL PSF

1. Proceso de Trabajo

A. Organización

Son características del proceso de trabajo de los equipos de la Atención Primaria:

- Definición del territorio de actuación de ESF

- Programación e implantación de las actividades, priorizando las soluciones de los problemas de salud más frecuentes, considerando la responsabilidad de la asistencia a la demanda espontánea

- Desarrollo de las acciones educativas que puedan interferir en el proceso de salud-enfermedad,

de la población y ampliar el control social en la defensa de la calidad de la vida

- Desarrollo de acciones enfocadas sobre grupos de riesgo y factores de riesgo comportamentales,

alimenticios y/o ambientales, con la finalidad de prevenir la aparición o el mantenimiento

de las enfermedades y daños evitables

- Asistencia básica integral y continuada, organizada para la población a cargo, con garantía de acceso al apoyo de diagnóstico y de laboratorio
- Realización de la primera atención en las urgencias médicas.
- Participación de los equipos en la planificación y en la evaluación de las acciones
- Desarrollo de las acciones intersectoriales, integrando proyectos sociales y sectores afines, orientados hacia la estimulación de la salud
- Apoyo a las estrategias de fortalecimiento de la gestión local

B. Dinámica

Las atribuciones globales abajo descriptas pueden ser contempladas con directrices y normas de la gestión local.

1 - SON ATRIBUCIONES COMUNES A TODOS LOS PROFESIONALES:

I - participar del proceso de exploración de los territorios y mapeo del área de actuación del equipo,

identificando grupos, familias e individuos expuestos a riesgos, inclusive a aquellos relativos al

trabajo, y de la actualización continua de dichas informaciones, priorizando las situaciones que deben

ser acompañadas en la planificación local;

II - realizar el cuidado de la salud de la población a cargo, prioritariamente en el ámbito del centro

de salud, en el domicilio y en los demás espacios comunitarios (escuelas, asociaciones, entre otros),

cuando sea necesario;

III - realizar acciones de atención integral conforme la necesidad de salud de la población local,

así como las previstas en las prioridades y protocolos de la gestión local;

IV - garantizar la integridad de la atención mediante la realización de acciones de estimulación

de la salud, prevención de enfermedades y curativas; y de la garantía de atención de la demanda

espontánea, de la realización de las acciones programáticas y de vigilancia a la salud;

V - realizar búsqueda activa y notificación de enfermedades de notificación obligatoria y de otras

enfermedades y situaciones de importancia local;

VI - realizar la escucha activa y ampliada de las necesidades de los usuarios en todas las acciones,

proporcionando asistencia humanizada y facilitando el establecimiento del vínculo;

VII - responsabilizarse por la población a cargo, manteniendo la coordinación del cuidado mismo,

cuando ésta necesite de asistencia en otros servicios del sistema de salud;

VIII - participar de las actividades de planificación y evaluación de las acciones del equipo, a

partir de la utilización de los datos disponibles;

IX - estimular la movilización y la participación de la comunidad, buscando hacer efectivo el

control social;

X - identificar colaboradores y recursos en la comunidad que puedan potenciar las acciones intersectoriales con el equipo;

XI - garantizar la calidad del registro de las actividades en los sistemas nacionales de información

en la Atención Primaria;

XII - participar de las actividades de educación permanente;

XIII - realizar otras acciones y actividades que serán definidas de acuerdo con las prioridades locales.

2. Del Agente Sanitario:

I - desarrollar acciones que busquen la Integración entre el equipo de salud y la población a cargo en el CAPS, considerando las características y las finalidades del trabajo de seguimiento de

individuos y grupos sociales o colectividad;

II - trabajar con registro de familias con base geográfica definida;

III - estar en contacto permanente con las familias desarrollando acciones educativas, con vistas

a la estimulación de la salud y a la prevención de las enfermedades, de acuerdo con la planificación

del equipo;

IV - censar todas las personas de su microárea y mantener los registros actualizados;

V - orientar familias cuanto a la utilización de los servicios de salud disponibles;

VI - desarrollar actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de la

vigilancia a la salud, mediante visitas domiciliarias y de acciones educativas individuales y colectivas,

en las residencias y en la comunidad, manteniendo al equipo informado, sobre todo de aquellas en

situación de riesgo;

VII - acompañar, mediante visita domiciliaria, todas las familias e individuos bajo su responsabilidad,

de acuerdo con las necesidades definidas por el equipo

3. Del Enfermero:

I - realizar asistencia integral a las personas y familias en la USF y, si está indicado o es necesario,

en el domicilio y/o en los demás espacios comunitarios;

II - realizar consultas de enfermería, solicitar exámenes complementarios y recetar medicaciones,

observadas las disposiciones legales de la profesión y conforme los protocolos u otras normativas

técnicas establecidas por el Ministerio de Salud,

III- planear, administrar, coordinar y evaluar las acciones desarrolladas por los CAPS;

IV - supervisar, coordinar y realizar actividades de calificación y educación permanente de los

CAPS, con vistas al desempeño de sus funciones;

V - facilitar la relación entre los profesionales de la Unidad de Salud Familiar, contribuyendo para

la organización de la demanda referenciada;

VI - realizar consultas y procedimientos de enfermería en la Unidad de Salud Familiar y, cuando

sea necesario, en el domicilio y en la comunidad;

VII - solicitar exámenes complementarios y prescribir medicaciones, conforme a protocolos u

otras normativas técnicas establecidas de la profesión;

VIII - organizar y coordinar grupos específicos de individuos y familias en situación de riesgo del

área de actuación

IX- participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.

4. Del Médico:

I - realizar asistencia integral (estimulación y protección de la salud, prevención de

enfermedades,
diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud) a los individuos y familias en todas las fases del desarrollo humano: infancia, adolescencia, edad adulta y tercera edad;
II - realizar consultas clínicas y procedimientos en la USF y, cuando esté indicado o sea necesario, en el domicilio y/o en los demás espacios comunitarios (escuelas, asociaciones, etc.);
III - realizar actividades de demanda espontánea y programada en clínica médica, pediatría, gineco-obstetricia, cirugías ambulatorias, pequeñas urgencias clínico-quirúrgicas y procedimientos para fines de diagnósticos;
IV - encaminar usuarios, cuando sea necesario, a servicios de media y alta complejidad, respetando los flujos de referencia y contra referencia locales, manteniendo su responsabilidad por el seguimiento del plan terapéutico del usuario, propuesto por la referencia;
V - indicar la necesidad de internación hospitalaria o domiciliaria, manteniendo la responsabilidad por el seguimiento del usuario;
VI - contribuir y participar de las actividades de Educación Permanente de los Agentes Sanitarios, Auxiliares de Enfermería; y
VII - participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.

Competencias

Además de las características del proceso de trabajo de los equipos de Atención Primaria, son características de trabajo del Equipo:
I - mantenimiento actualizado el registro de las familias y de los individuos y utilizar, de forma sistemática, los datos para el análisis de la situación de la salud considerando las características sociales, económicas, culturales, demográficas y epidemiológicas
II - definición precisa del territorio de actuación, como también el mapeo y reconocimiento del área inscripta
III - diagnóstico, programación e implementación de las actividades, según criterios de riesgo de la salud, priorizando la solución de los problemas de salud más frecuentes
IV - práctica del cuidado familiar ampliado, hecha efectiva a través del conocimiento de la estructura y de la funcionalidad de las familias, cuya finalidad sea proponer intervenciones que influyeran en los procesos de salud-enfermedad de los individuos, de las familias y de la propia comunidad
V - trabajo interdisciplinario y en equipo, integrando áreas técnicas y profesionales de diferentes formaciones
VI - fomento y desarrollo de acciones intersectoriales, buscando colaboraciones e integrando proyectos sociales y sectores afines, orientados hacia la promoción de la salud, de acuerdo con las prioridades y bajo la coordinación de la gestión municipal
VII - valorización de los diversos saberes y prácticas con la perspectiva de un abordaje integral y

resolutivo, haciendo posible la creación de vínculos de confianza y ética, compromiso y respeto

VIII - promoción y estímulo a la participación de la comunidad en el control social, en la planificación,

en la ejecución y en la evaluación de las acciones

IX - acompañamiento y evaluación sistemática de las acciones implementadas, con vistas a la

readecuación del proceso de trabajo.

CAPITULO 3: Agenda Clínica

La **AGENDA CLINICA DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR** es la programación del conjunto

de actividades de cuidados de la salud y el portafolio de servicios que se desarrollarán sobre la

población nominal a cargo.

Define situaciones prioritarias a nivel sanitario sobre las que el equipo deberá trabajar en forma

programada y evaluable en su comunidad. Incluirá tanto actividades clínicas, como comunitarias de

educación y promoción.

El ESF deberá tener amplio manejo de las situaciones sociosanitarias, determinantes y condicionantes

a nivel de su microrregión, pero también deberá tener un manejo efectivo y capacidad de resolución de los problemas clínicos que se presente en su población a cargo.

La agenda clínica se nutrirá de las prioridades sanitarias establecidas por autoridades sanitarias,

a nivel municipal, provincial y nacional, que periódicamente definirán áreas críticas sobre las cuales

se establecerán objetivos y metas, conforme a la información disponible acerca de los diferentes

problemas de salud.

De la misma, el equipo sumará a éstas sus propias prioridades, acorde a la observación de su

práctica cotidiana y aquellas establecidas por la comunidad de acuerdo a su activa participación.

CAPITULO 4. EDUCACION PERMANENTE EN SERVICIO

La Educación Permanente en Servicio es una estrategia y metodología educativa, impulsada desde 1988 por la Organización Panamericana de la Salud, para el desarrollo del recurso humano y

de las capacidades institucionales que permitan mejorar la calidad del cuidado de la salud. Implica

un proceso de aprendizaje continuo de los servicios de salud. Busca la transformación cualitativa del

trabajador de la salud, para mejorar así su práctica.

Enfatiza el aprendizaje en el contexto del servicio, la problematización de las prácticas y el trabajo

en el equipo de salud. Se compromete con la acción colectiva y la mejora del proceso de trabajo

Características

La metodología EPS propone insertar la educación del personal de salud al interior de los equipos

de trabajo, reuniéndose para analizar y resolver los problemas del quehacer cotidiano con el objeto de mejorar actitudes, conocimientos y habilidades. Así, el eje de la EPS se compone de una

secuencia de cuatro fases:

1. Identificación de los problemas prioritarios a abordar de las prácticas y los problemas de

las

prácticas (asistenciales, sanitarias, comunitarias)

2. Identificación de las necesidades de aprendizaje, posibles soluciones y plan de acción

3. Puesta en práctica del proyecto planificado. Se implementan acciones concretas en su medio

4. Evaluación

La EPS se lleva a cabo en el mismo lugar de trabajo, analiza la Misión Institucional del equipo de

trabajo y del proceso de trabajo, hace confluir los aspectos técnicos, los procesos humanos y relacionales,

los procesos institucionales y el usuario, está centrada fundamentalmente en la persona tanto

del funcionario como del usuario, identifica y analiza en el contexto pertinente, el concepto de la Red

Asistencial. Integra lo intelectual, valorativo y afectivo.

Utiliza técnicas educativas (Intercambio de experiencias en el trabajo, especialmente en aquellos

incidentes críticos, investigación participativa, análisis de lecturas, identificación, análisis y propuesta

de soluciones a problemas detectados por el grupo). El trabajo en sí se considera la principal fuente

de aprendizaje, constituyendo el conflicto, una buena base de reorientación de conductas inadecuadas.

Los modelos educativos basados en competencias laborales o profesionales se apoyan en la necesidad

de vincular la formación profesional con las necesidades de desempeño en el área laboral

La competencia involucra las tres dimensiones de la mente humana: el saber y el hacer (dimensiones

cognitivas) y la dimensión afectiva (cognitivo expresiva) que son las actitudes, sentimientos y

valores.

El concepto de competencia ocupa un lugar central: alude a un saber hacer que lleva a un desempeño

eficiente, el cual puede demostrarse mediante ejecuciones observables. Se trata de una

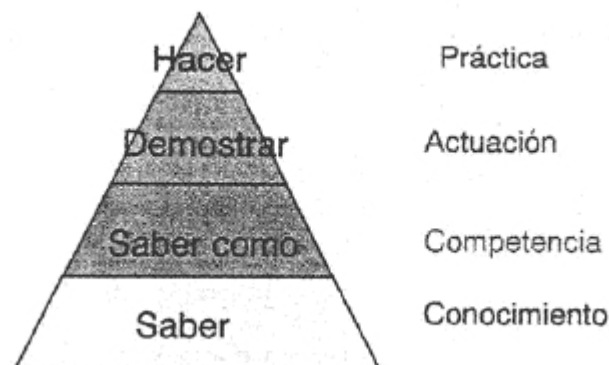
capacidad para resolver problemas, que se aplica de manera flexible y pertinente, adaptándose al

contexto y a las demandas que plantean situaciones diversas. La competencia no se limita a los aspectos

procedimentales del conocimiento, a la mera posesión de habilidades y destrezas, sino que

va acompañada necesariamente de elementos teóricos y actitudinales

Competencias esenciales mínimas (conocimiento, habilidades y conductas profesionales y éticas)



Habilidades clínicas

- Capacidad para obtener información fidedigna y confiable a través del interrogatorio y la exploración física (reconocimiento de patrones y secuencias de acción).

- Capacidad para seleccionar estudios de laboratorio y/o gabinete que contribuyan al diagnóstico y terapéutica

Habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo

- Capacidad para procesar, sintetizar e interpretar la información obtenida y/o refinarla con la utilización

racional de recursos adicionales para tomar las decisiones adecuadas y oportunas (integración

diagnóstica, planes de manejo, pronóstico, interconsulta, seguimiento, educación del paciente

y su familia).

CAPITULO 5. EVALUACION CONTINUA.

El proceso de selección, implantación, monitoreo y evaluación de medidas a ser utilizadas como

indicadores de desempeño y calidad de los Profesionales de Salud Familiar, representa un desafío

considerable por las particulares características de este recurso.

La evaluación de calidad compromete no sólo la medición del desempeño clínico sino también el

desempeño de los sistemas, la integración de servicios en los diferentes niveles de atención y el funcionamiento

de los sistemas de referencia y contrarreferencia de los pacientes y de la información.

El proceso de medición de la Calidad Profesional en Atención Primaria debe guardar relación

con el uso de indicadores de desempeño que capturen los datos relevantes de las diferentes dimensiones

de los servicios de salud.

Por lo tanto, estos indicadores deberían:

- Ser atribuibles al desempeño de los servicios de salud
- Ser sensibles al cambio
- Basarse en información válida y reproducible
- Ser definidos con precisión
- Reflejar áreas clínicas importantes
- Incluir diferentes dimensiones de cuidados

Los atributos de desempeño organizacional tienen que ver con “hacer las cosas correctas” (adecuación, disponibilidad y eficacia) y “hacer las cosas correctas, correctamente” (efectividad, eficiencia,

respeto y compasión, seguridad, oportunidad).

Para aquellos indicadores que intentan reflejar adecuación, disponibilidad, eficacia y efectividad,

debe existir evidencia robusta de que las intervenciones sobre las cuáles se basan conducen a mejores

resultados clínicos.

Todos los aspectos fundamentales que hacen a la práctica de la MF (primer contacto, accesibilidad,

integralidad, continuidad y coordinación) son atributos esenciales para la medición de calidad

en esta especialidad y pueden resumirse en seis dimensiones de cuidados que toman en cuenta el

proceso o el resultado de las intervenciones clínicas en atención primaria.

- el acceso a los componentes necesarios del cuidado,

- la calidad técnica,
- la adecuación y pertinencia de las intervenciones,
- los resultados,
- la satisfacción con el proceso de atención, y
- algunas características no clínicas.

1. Accesibilidad

El acceso a los servicios puede ser problemático si hay barreras geográficas o financieras. La

evaluación de barreras para el acceso oportuno a los servicios se puede realizar por medio de encuestas

en puntos de atención médica, postales, telefónicas o domiciliarias.

Otros aspectos pueden evaluarse utilizando las historias clínicas. En el contexto del proceso de

atención, el acceso está relacionado a la evaluación acerca de si los usuarios han recibido los cuidados

apropiados de acuerdo a su perfil de edad, sexo o grupo de riesgo en los cuidados preventivos o

de la dolencia o enfermedad en el caso de los cuidados terapéuticos agudos o crónicos.

2. Calidad Técnica

Consiste en alcanzar los estándares de atención para el reconocimiento de las necesidades de

los pacientes, las decisiones y procedimientos diagnósticos, y el manejo y tratamiento de enfermedades.

Ejemplos de indicadores pueden ser tasa de hipertensos controlados, tasa de diabéticos con seguimiento apropiado, porcentaje de otitis media en los niños tratadas apropiadamente, porcentaje

de pacientes con tuberculosis con supervisión directa del tratamiento, etc.

3. Adecuación y Pertinencia

Se relaciona con los procedimientos que, acorde a los criterios científicos estándar, están sujetos

a variación probablemente inapropiada, tanto sobreutilización como subutilización de prácticas o

procedimientos. Ejemplos de indicadores de pertinencia pueden ser la tasa de cesáreas, de internación

de pacientes crónicos (diabéticos, asmáticos), etc.

4. Resultados

Resultados sanitarios relevantes pueden implicar indicadores de mortalidad prematura y sanitaria

evitable, indicadores de morbilidad específica de condiciones crónicas, etc. Esta información

es habitualmente recolectada a través de registros de organismos públicos, encuestas telefónicas,

auditoría de historias clínicas, cuestionarios postales, etc.

5. Satisfacción de usuarios

Ciertos aspectos de la calidad de los cuidados deben ser recabados periódicamente por medio

de encuestas de satisfacción. Para evitar los sesgos de selección atribuibles a la utilización de muestras

de conveniencia en los puntos de servicio (pacientes que consultan), es necesario incluir muestras aleatorias de la población beneficiaria de los servicios de salud familiar, independientemente de

que hayan contactado al sistema de atención.

6. Características no clínicas

Otras características no relacionadas con la interacción entre médico-equipo de salud y pacientes

pero relevante como indicador de calidad de los servicios de atención primaria tiene que ver con la implantación de indicadores de continuidad, de calidad de los registros y de la historia clínica, y de las condiciones de confort, adecuación y seguridad del ámbito de atención. Es importante señalar que cualquier indicador que se seleccione debe reflejar atributos sensibles a las características y desempeño de los servicios de atención primaria. Muchos indicadores de impacto que reflejan resultados finales (mortalidad infantil, materna, etc.) son sensibles a cambios macro en la organización y entrega de los servicios de salud que están fuera del alcance inmediato del equipo de salud familiar. Por lo tanto es importante que los indicadores se seleccionen por lo que cada componente del sistema pueda responsabilizarse y dar cuenta

7. Pacto de Indicadores:

Objetivando orientar el proceso de evaluación y monitoreo de los Equipos de Salud Familiar, se propone el desarrollo de pactos de gestión entre las Secretarías o Ministerios Provinciales y Municipales de Salud y el Ministerio de Salud de la Nación. Este Pacto de Indicadores es, entonces, concebido como un instrumento nacional de monitoreo de las acciones y servicios de salud referentes al primer nivel de atención. Es un instrumento formal de negociación entre técnicos, políticos y gestores de las tres esferas de gobierno (municipal, provincial y nacional) tomando como objeto de negociación metas a ser alcanzadas en relación a indicadores de salud previamente acordados. A fin de cada año, municipios y provincias tienen su desempeño evaluado por el nivel nacional en función del cumplimiento de las metas pactadas. Es importante destacar que no se trata de evaluar acciones específicas en el ámbito del primer nivel, sino de evaluar, a través de indicadores específicos, globalmente ese nivel de atención, lo que sólo es posible si el indicador presenta cualidades para tal, en cuanto a su sinteticidad, facilidad de cálculo, disponibilidad, poder discriminatorio y robustez. El pacto de Indicadores también podrá contribuir a definir esquemas mixtos de retribuciones a los profesionales -en el caso de establecerse programas que atenen parte de los salarios a cumplimiento de metas-, facilitar la gestión por resultados, identificar situaciones específicas a nivel regional o de las microáreas, como así también a monitorear la efectividad del programa.

Anexo II

CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION Y LA JURISDICCION.....
DE..... DE LA PROVINCIA DE..... PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO JURISDICCIONAL ENMARCADA EN LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR.

Entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por la Sra. Ministra de Salud,
Licenciada María Graciela Ocaña, con domicilio en la Av. 9 de Julio N° 1925, de la Ciudad Autónoma
de Buenos Aires, en adelante “NACION”, por una parte y por la otra la Jurisdicción
de..... de
la Provincia de....., representado en este acto por el Sr. con
domicilio
en....., en adelante “JURISDICCION”, se conviene en celebrar el presente
Convenio,
a tenor de las siguientes cláusulas:

OBJETO GENERAL

CLAUSULA PRIMERA.

El presente convenio tiene por objeto asegurar el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención
a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y garantizar adecuadas
condiciones
de salud para la población, procurando la corrección de las desigualdades a través del
acceso
universal a servicios integrales y de alta calidad, fomentando la participación comunitaria y
la acción
intersectorial.

EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR SE ASIENTA EN LOS SIGUIENTES EJES FUNDAMENTALES

DESARROLLADOS EN EL ANEXO I DE LA PRESENTE RESOLUCION:

- Equipos de salud interdisciplinarios que prestan servicios de atención primaria en la comunidad.
- Atención continua e integral.
- Población nominal a cargo.
- Educación permanente en servicio.
- Abordaje familiar y comunitario.
- Promoción y prevención de salud.
- Activa participación comunitaria.
- Evaluación continua de procesos y resultados sanitarios.

OBJETIVOS GENERALES

CLAUSULA SEGUNDA. Serán objetivos específicos del presente Convenio:

1. Implantar en la jurisdicción Equipos de Salud Familiar con población nominal a cargo y educación permanente en servicio.
2. Proporcionar una atención primaria de alta calidad, prestando cuidados integrales de salud desde la perspectiva biopsicosocial al individuo, la familia y la comunidad.
3. Realizar un abordaje interdisciplinario del individuo, la familia y la comunidad.
4. Facilitar y fortalecer la activa participación comunitaria.
5. Proporcionar cuidados de salud, en forma continua, integral e integrada a la población nominal a cargo.
6. Realizar una atención Integral de la salud durante todas las etapas del ciclo vital familiar promoviendo un modelo de atención centrado en la persona.
7. Implantar y fortalecer la educación para la salud en relación a los problemas de salud prevalentes y los métodos para prevenirlos o controlarlos.
8. Fortalecer la atención de la salud materno-infantil, incluyendo planificación familiar promoción

- de la salud como una herramienta fundamental de las prácticas sanitarias interdisciplinarias.
9. Facilitar el acceso a la población de los programas e iniciativas desarrolladas por "NACION".
 10. Aumentar la cobertura de Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
 11. Desarrollar Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
 12. Realizar un tratamiento apropiado de las enfermedades y lesiones comunes Aumentando la capacidad de resolución clínica de los equipos.
 13. Facilitar la provisión de medicamentos esenciales.
 14. Aumentar la capacidad de resolución clínica del Primer Nivel de Atención.
 15. Implantar procesos de mejora continua de la calidad de la atención.
 16. Implantar procesos de Educación Permanente en Servicio como herramienta de mejora de la calidad de atención y adecuación de los servicios a las necesidades de la comunidad.

MARCO NORMATIVO APLICABLE

CLAUSULA TERCERA. A los efectos de este convenio las partes acuerdan que se regirán por los lineamientos del Programa, aprobados por Resolución Ministerial..... que LA "JURISDICCION" declara conocer y aceptar, así como las normas que en su consecuencia se dicten y las que resulten aplicables de los Programas en vigencia o cualquier otro que los reemplace, y toda otra norma que para su implementación dicte "NACION".

CLAUSULA CUARTA. La "NACION" tendrá a su cargo la gestión general a través de la Coordinación del PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR. Dependiente de la Subsecretaría de prevención y control de riesgos, del modo establecido en el presente Convenio.

COMPROMISOS GENERALES

CLAUSULA QUINTA. "NACION" se compromete a:

1. Financiar, a través de la modalidad de transferencia a la "JURISDICCION", las actividades de los recursos humanos que conforman los equipos de salud familiar y comunitaria según la organización que se detalla en el ANEXO I de la presente resolución y sean incluidos en el proyecto desarrollado por la "JURISDICCION" y aprobado por "NACION".

CLAUSULA SEXTA La "JURISDICCION" se compromete a:

1. Elaborar un proyecto de gestión para primer nivel de atención, en el marco de los lineamientos descriptos en el anexo I de la resolución XXXX.
2. Gestionar a través de su organismo de Salud, el Programa a nivel local, cumpliendo los objetivos mencionados.

DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE "NACION"

CLAUSULA SEPTIMA Son obligaciones de la "NACION":

1. Evaluar y aprobar el Proyecto Jurisdiccional presentado por la jurisdicción,
2. Transferir a una cuenta especial de la "JURISDICCION" los fondos necesarios para financiar a los recursos que se hayan aprobado en el marco del proyecto.
3. Otorgar a la "JURISDICCION" la No Objeción cuando éste lo solicitare en virtud de lo establecido en el presente Convenio.
4. Evaluar y monitorear el procedimiento de todas las actividades del programa.
5. Efectuar periódicamente los controles y auditorías administrativas y médico-sanitarias

6. Dar la No Objeción a la modificación de la cantidad y perfiles de los recursos humanos, propiciada por la “JURISDICCION” ante incumplimiento, mal desempeño, u otras circunstancias cuando así correspondiere.

7. Proveer A LA JURISDICCION los contenidos de la AGENDA CLINICA DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR de acuerdo a las definiciones establecidas en el ANEXO I de la presente.

8. Proveer recursos de capacitación a través de Universidades de financiamiento público y Asociaciones Científicas Nacionales y/o Provinciales en el marco de la Educación Permanente en Servicio de acuerdo a las definiciones establecidas en el ANEXO I de la presente resolución.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE LA “JURISDICCION”

CLAUSULA OCTAVA Son obligaciones de la “JURISDICCION”:

1. Elaborar un proyecto Jurisdiccional de acuerdo a los requisitos establecidos en el ANEXO III.

2. Crear y mantener las condiciones adecuadas para el desarrollo del Programa.

3. Abrir una cuenta única y específica a los fines de recibir las transferencias para la financiación

de los Recursos Humanos bajo Programa, de acuerdo a lo establecido en la norma.

4. Nombrar un referente operativo de gestión jurisdiccional del Programa.

5. Utilizar los fondos transferidos por “NACION” en el marco del presente convenio para el pago

exclusivo de los Recursos Humanos contenidos en el Proyecto que hayan sido aprobados por “NACION”

de acuerdo a las cláusulas correspondientes.

6. Mantener el recurso humano en el primer nivel de atención y en actividades vinculadas con

la comunidad controlando el efectivo cumplimiento de las actividades asignadas. Cualquier modificación

deberá contar con la aprobación de “NACION”.

7. Facilitar y poner a disposición de “NACION” toda la información que se requiera así también

permitir el acceso para realizar auditorías de monitoreo y control, como de la documentación respaldatoria

del Programa.

8. Remitir a la “NACION” la información que ésta requiera para el correcto seguimiento del

Programa; incluyendo la evaluación del desempeño de los Recursos Humanos bajo programa, la

asistencia y actividades realizadas.

9. Informar mensualmente la certificación de servicios, de las actividades que los recursos humanos

han realizado efectivamente en el período informado).

10. Asimismo se compromete a que los Recursos Humanos financiados por los recursos transferidos por “NACION” en el marco del “PROGRAMA” a la “JURISDICCION” cumplan una carga horaria mínima de 36 horas semanales (carga horaria que se deberá ajustar al tipo y perfil del recurso humano, distribuyéndose entre las actividades entre las asistenciales desempeñadas en los efectores del primer nivel de atención y las realizadas en la comunidad).

11. Asegurar que todos los recursos bajo Programa posean cobertura social (aportes jubilatorios,

obra social, seguro de riesgo de trabajo y seguro médico).

12. Informar trimestralmente la rendición de cuentas de acuerdo a lo establecido en el ANEXO

IV del presente convenio.

13. Desarrollar un sistema de referencia y contrarreferencia entre los EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR

y los niveles de mayor especialización y complejidad tecnológica, de acuerdo establecido en

lineamientos estratégicos generales establecidos en el Anexo I.

14. Facilitar a los Recursos Humanos de Atención Primaria en formación el acceso, las actividades

de capacitación y la supervisión en los Centros de Salud y la comunidad donde desarrollan sus

actividades los Equipos de Salud Familiar.

DE LAS CONDICIONES DE FINANCIACION

CLAUSULA NOVENA.

La "JURISDICCION" se compromete a utilizar los fondos transferidos por La "NACION" para

el destino establecido. Cualquier modificación deberá ser autorizada por "NACION", antes de su

implementación por parte de la "JURISDICCION".

La "NACION" se reserva el derecho de modificar los requisitos exigidos para el recurso humano

a financiar.

Queda expresamente pactado que el aporte de "NACION" se implementa bajo la modalidad de

transferencia de fondos a la "JURISDICCION, por lo cual queda expresamente excluida cualquier

configuración o encuadre en el régimen de empleo público, relación laboral o contratación de obra o

servicios por parte de la "NACION".

CLAUSULA DECIMA: La "JURISDICCION" se compromete al pago de los montos a los recursos

humanos de los equipos de salud familiar y comunitaria, financiados por "NACION" en tiempo

y forma.

La "Jurisdicción" podrá complementar el financiamiento de los RECURSOS HUMANOS bajo

este programa con recursos económicos provenientes de su presupuesto.

DE LOS INCENTIVOS

CLAUSULA DECIMO PRIMERA: "NACION" podrá establecer un sistema de pagos complementarios

de carácter anual (incentivos económicos) de acuerdo al cumplimiento de indicadores sanitarios

de cada Equipo de Salud FAMILIAR; Estos indicadores serán definidos por la COORDINACION

NACIONAL DEL PROGRAMA anualmente.

DE LOS RECURSOS HUMANOS

CLAUSULA DECIMO SEGUNDA: Los recursos humanos financiados por el Programa deberán

tomar conocimiento en forma fehaciente de los contenidos de la presente resolución y además:

1. Cumplir con el perfil y las tareas definidas en el ANEXO I de la presente.

2. Tendrán una carga horaria mínima de 36 horas semanales (carga horaria que se deberá ajustar

al tipo y perfil del recurso humano, distribuyéndose entre las actividades entre las

asistenciales

desempeñadas en los efectores del primer nivel de atención, las realizadas en la comunidad y la

EDUCACION PERMANENTE EN SERVICIO).

3. Concurrir a la totalidad de las actividades establecidas que se propongan por “NACION”.

4. Llevar adelante los cuidados preventivos y clínicos contenidos en la AGENDA CLINICA de

acuerdo a los lineamientos del ANEXO I de la presente.

5. participar de al menos un 80% de las actividades anuales de EDUCACION PERMANENTE EN SERVICIO.

6. Elaborar y actualizar los datos de la población nominal bajo su cuidado.

7. Registrar los procesos de atención en historias clínicas orientadas a problemas.

8. También se comprometerán a implementar acciones de prevención y promoción de la salud,

detectar y efectuar seguimientos a familias en situación de riesgo, así como actividades con la

comunidad, haciendo actividades para mejorar la calidad de vida de la población del área programática.

9. En especial desarrollarán actividades de educación y promoción de la salud en las escuelas

públicas de su área de influencia, integrando a la comunidad educativa: directivos, docentes, alumnos

y padres.

10. Realizar una evaluación continua del desenvolvimiento de su actividad.

11. Adquirir habilidades y destrezas para resolver la mayoría de los problemas de salud de la

población nominal bajo su responsabilidad en un área geográfica determinada.

12. Cumplir con las actividades de educación que “NACION” establezca con Universidades de

financiamiento público y/o asociaciones científicas para dicha jurisdicción.

DE LA NOMINALIZACION

CLAUSULA DECIMO TERCERA. Con el objetivo de poder identificar en forma fehaciente la

población que se encontrara bajo cuidados de los Equipos de Salud Familiar la JURISDICCION

deberá registrar un conjunto mínimo de datos de nominalización, de acuerdo a lo establecido en

el ANEXO V de la presente, reservándose “NACION” el derecho de modificar y/o ampliar los mismos.

La “JURISDICCION” deberá proceder a la nominalización de la población a través de los EQUIPOS

DE SALUD FAMILIAR en un lapso de seis meses corridos a partir de la firma del presente convenio; así mismo deberá remitir a “NACION” estos datos en formato digital, actualizando la base

de datos y el envío semestralmente.

DE LA AGENDA CLINICA

CLAUSULA DECIMO CUARTA. De acuerdo a lo establecido en el ANEXO I de la presente, la

AGENDA CLINICA DE LOS EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR es la programación del conjunto de

actividades de cuidados de la salud que se desarrollaran sobre la población nominal a cargo.

La “JURISDICCION” deberá garantizar que esta agenda incluya las actividades programadas

por “NACION”. En este sentido “NACION” establecerá un conjunto actividades y proveerá

de guías

y recursos de promoción para el desarrollo de esta agenda.

DE LA EDUCACION PERMANENTE EN SERVICIO (EPS)

CLAUSULA DECIMO QUINTA. La “JURISDICCION” deberá organizar el conjunto de actividades

de la Educación Permanente en Servicio de acuerdo a las definiciones establecidas en el ANEXO I de la presente resolución. Así mismo deberá garantizar un total de 200 horas anuales

a los Recursos Humanos bajo programa de tiempo protegido para desarrollar dichas actividades

(las horas de EPS se consideran dentro de la carga horaria establecida en la cláusula décimo segunda).

“NACION” desarrollará y financiará a través de Universidades de financiamiento público y Asociaciones

Científicas Nacionales y/o Provinciales un Programa Anual de Capacitación en el marco de la Educación Permanente en Servicio desarrollado por los Equipos de Salud Familiar.

RESPONSABILIDAD

CLAUSULA DECIMO SEXTA. La “JURISDICCION” asume la total responsabilidad por las consecuencias

derivadas en última instancia, de la actuación de los recursos humanos, y toda otra actividad vinculada con la ejecución del Programa, en el ámbito de su jurisdicción, así como de toda

consecuencia dañosa derivada de las prácticas médicas y/o paramédicas que pudieran realizar los

recursos humanos bajo programa que desarrollen sus prácticas en los CAPS, bajo su jurisdicción, o

del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente convenio,

que se encuentre a su cargo.

La “JURISDICCION” y los Recursos Humanos adoptarán, por sí o por terceros, los recaudos

suficientes para asumir las responsabilidades que se generen en el desarrollo del Programa, procurando

evitar todo reclamo a la “NACION”.

RESOLUCION Y RESCISION

CLAUSULA DECIMO SEPTIMA. Ambas partes se reservan la posibilidad de rescindir el presente

convenio con una antelación no menor a los 60 (sesenta) días mediante notificación fehaciente a la

otra parte procurando, en la medida de las disponibilidades presupuestarias, no afectar los derechos

de los recursos humanos involucrados.

La “NACION” podrá resolver el presente convenio ante el incumplimiento por parte de la “JURISDICCION”

de las obligaciones a su cargo, previa notificación fehaciente, quedando bajo la exclusiva responsabilidad de la “JURISDICCION”, en ese caso, la continuidad y financiación de los recursos humanos, bajo programa.

VIGENCIA

CLAUSULA DECIMO NOVENA. El presente acuerdo estará vigente desde el día 1º de Enero de

2009 hasta el 31 de diciembre de 2009.

RESOLUCION DE CONFLICTOS Y JURISDICCION

CLAUSULA DUODECIMA. Las partes acuerdan que cualquier conflicto que pudiera suscitarse

sobre el desarrollo del presente convenio que no pudiera ser resuelto por la Coordinación

del Programa

y/o la Autoridad Jurisdiccional, será sometido a consideración del Ministerio de Salud de la Nación, el cual propondrá una solución, para el caso que aun así no se lograra, se recurrirá a las

instancias administrativas y judiciales que correspondan.

Las partes se someten a la Jurisdicción de los Tribunales Federales con sede en la Ciudad Autónoma

de Buenos Aires.

DOMICILIO CONSTITUIDO

CLAUSULA DUODECIMO PRIMERA. Las partes constituyen domicilio indicado en el encabezamiento

del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursen.

En prueba de conformidad se firman tres ejemplares originales de un mismo tenor y a un solo

efecto, a los..... días del mes de..... de 2009.

Anexo III

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACION DEL PROYECTO LOCAL EN EL

MARCO DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

I. CARATULA

a) Jurisdicción: se debe citar la jurisdicción donde se llevará a cabo el proyecto.

b) Autoridades: se debe indicar la máxima autoridad de gobierno y sanitaria jurisdiccional.

c) Referente: se debe citar un referente local.

II. CONTENIDOS

Este proyecto deberá ser enunciado de manera clara y precisa conteniendo los siguientes títulos

y contenidos, en el orden que se detalla:

1. Introducción

- Ubicación geográfica.

- Descripción del ámbito geográfico.

- Población total, población total sin cobertura, población total con NBI de la Jurisdicción:

Jurisdicción	Población Total	Población total sin cobertura		Población total con NBI	
		Nº	%	Nº	%

- Especificar la Red Sanitaria Pública local:

Elector Sanitario del Primer Nivel			Hospital de Referencia	Localidad	Departamento	Región Sanitaria
Tipo y Nombre	Accesibilidad geográfica	Medios de comunicación disponible				

- Especificar las localizaciones en las cuales se destinará el recurso humano financiado por el

Programa, detallando su población total, población total sin cobertura por obra social y/o plan privado

de salud o mutual y organizaciones de la comunidad que conforman redes socio-sanitarias que interactúan

actualmente con el efector de salud (1):

Localidad	Población Total	Población total sin cobertura		Centro de Salud	Organizaciones de la Comunidad (1)
		Nº	%		%

- Especificar forma de planificación y organización del sistema de referencia y

contrarreferencia.

2. Objetivo General

Describir un objetivo global basado en el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a través de

la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en el marco del Programa de Salud Familiar.

3. Objetivos Específicos

Desagregar el objetivo general en objetivos específicos en el marco de los ejes fundamentales

y objetivos determinados del programa adaptados a la situación de salud local. Se deben enunciar

relacionándolos con las metas socio-sanitarias que se describirán en el siguiente punto.

El objetivo debe ser resultado tangible de la aplicación del programa, por ejemplo: aumentar tasa

de cobertura de inmunizaciones en la Infancia, aumentar la tasa de cobertura de control prenatal y

captación de embarazadas antes del tercer mes, aumentar la detección de violencia familiar, disminuir

baja adherencia a tratamiento antihipertensivo.

Se sugiere que el proyecto establezca al menos diez objetivos específicos desde una perspectiva

biopsicosocial y contemplen además las actividades comunitarias y de educación permanente

en servicio.

4. Metas socio-sanitarias

Enunciar los indicadores de cumplimiento del programa relacionándolos con los objetivos específicos,

en el mismo orden, estableciendo los valores esperados y el tiempo determinado.

Es uno de los instrumentos que se utilizarán para el monitoreo y supervisión del nivel local y

central de la debida ejecución programática.

Los indicadores

5. Conformación de los Equipos de Salud Familiar

Nº de Equipo de salud	Coordinador del Equipo			Equipo de Apoyo		
	Apellido y Nombre	Cargo/ Perfil	Especialidad	Apellido y Nombre	Cargo/ Perfil	Especialidad

Nº de Equipo de salud	Unidad de Salud Familiar				
	Centro de Salud		Recurso Humano		
	Tipo y Nombre	Nº de remediar	Apellido y Nombre	Cargo/Perfil	Especialidad

6. Detalle de Actividades del Recurso Humano

Se deberá especificar la función de los recursos humanos incluidos en el proyecto y las actividades

que realizarán en concordancia con los objetivos específicos y las metas:

Objetivo Especifico	Meta	Actividad

Realizar un cronograma de actividades indicando con una cruz el/los mes/meses en que se hará efectiva:

Actividad	Mes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Los recursos humanos financiados por el Programa deberán cumplir la carga horaria establecida

en el convenio, distribuida en actividades asistenciales en el efector sanitario del primer nivel,

en la comunidad (actividades en las escuelas, talleres, recorridas domiciliarias, etc.) y en educación

permanente en servicio.

7. Período de vigencia del proyecto

Se debe citar el momento de inicio y de finalización del proyecto expresado en meses.

8. Anexos

- Incluir mapas con delimitación de áreas programáticas y localización de el/los CAPS, hospital /

es, escuelas y otros datos locales de interés.

- Datos de contacto del referente sanitario local:

Apellido y Nombre	Dirección	Teléfono	Email

<p>Certificación del proyecto</p> <p>La totalidad de los folios que forman parte del documento - proyecto deberá estar refrendado por la máxima autoridad sanitaria jurisdiccional, siendo considerado como un compromiso de gestión en la ejecución programática</p>
--

ANEXO IV

SISTEMA ADMINISTRATIVO CONTABLE DE EJECUCION, APLICACION Y CONTROL DE GESTION DEL PROGRAMA.

INDICE

1) ORGANIZACION ESTRUCTURAL DEL PROGRAMA EN LA JURISDICCION

2) SISTEMA ADMINISTRATIVO CONTABLE DE LA JURISDICCION.

3) CIRCUITO DE TRANSFERENCIAS.

4) RENDICION DE CUENTAS POR PARTE DE LA JURISDICCION

5) CONTROL DE GESTION - AUDITORIA.

6) SANCIONES O PENALIDADES.

DESARROLLO

1) ORGANIZACION ESTRUCTURAL DEL PROGRAMA EN LA JURISDICCION

La JURISDICCION para llevar adelante el programa desarrollará sus objetivos a través del Nivel

Local que deberá estar organizado, delimitando las tareas a efectuar, con pautas claras minimizando

situaciones ambiguas, para el desarrollo de este programa.

2) SISTEMA ADMINISTRATIVO CONTABLE DE LA JURISDICCION.

LA JURISDICCION deberá tener esencialmente identificada la recepción de las transferencias

que la Nación les envía, a través de una cuenta bancaria de aplicación exclusiva de fondos e intransferible

al tesoro de la Jurisdicción, abierta por la Jurisdicción y deberá en sus registros contables (libro

banco, mayores, etc.), tener identificados tanto los ingresos como la aplicación-pagos de fondos que

efectúen, a los efectos de identificación y transparencia de la ejecución de las partidas nacionales.

3) CIRCUITO DE TRANSFERENCIAS.

Para efectuar la transferencia de fondos, la provincia deberá remitir, dentro de los primeros 5

(cinco) días hábiles del mes la documentación que avale el gasto correspondiente al programa, que

será definido según el Proyecto que resulte aprobado. Recibida esta documentación, el pago de la

asignación mensual a cada jurisdicción, de acuerdo a los porcentajes o monto fijo que le corresponde,

el programa lo abonará y depositará mensualmente en la cuerda bancaria que la jurisdicción denunciara ante éste.

4) RENDICION DE CUENTAS POR PARTE DE LA JURISDICCION

La Jurisdicción deberá rendir cuentas trimestralmente por la aplicación de fondos transferidos,

condición necesaria para transferir, de lo contrario no se efectuará dicha transferencia, de la misma

forma deberá respetar los plazos estipulado para la presentación, de lo contrario será responsable de

los atrasos correspondientes al incumplimiento.

Esquema de rendición:

A) INFORME MENSUAL DE ESTADO DE ORIGEN Y APLICACION DE FONDOS

Provincia:
Estado de Origen y Aplicación de Fondos

Periodo Informado: XX/2009

Origen de Fondos

Ingresos. Transf. Nación
Otros Ingresos					
Total de Origenes					

Aplicación de Fondos

Honorarios Recursos Humanos
-----------------------------	---	---	---	---

INFORMACION COMPLEMENTARIA

DETALLE Aplicación Analítica de Fondos				
Recurso humano contratado	Nombram.	Mes de Prestación	Importe	Nro. De Cheque
Total de Aplicaciones del período *				

B) ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CORRIENTE

ACTIVO				
Activo Corriente				
Disponibilidades				
Banco Cuenta Especial				
Créditos				
Facturas a Cobrar en El Ministerio				
Prestaciones a facturar				
TOTAL DEL ACTIVO CORRIENTE				
PASIVO				
Pasivo Corriente				
Deudas				
Prestadores				
Sueldos y Honorarios				
Total del Pasivo Corriente				

INFORMACION COMPLEMENTARIA

Detalle Analítico de Deudas			
DEUDAS (Facturas Pendientes de cancelación por parte de la UGP)			
Nro. de Factura	Concepto/Prestador	Mes de Prestación	Importe
Total de DEUDA			

C) CERTIFICACION DE PAGOS AL RECURSO HUMANO CONTRATADO

Fecha de pago	Recibo/Factura	Importe	Mes de Prestación	Nº de Cheque
TOTAL PAGADO EN PERIODO				

INSTRUCTIVO PARA LA CUMPLIMENTACION DE LA INFORMACION ECONOMICO FINANCIERA

A) ESTADO DE ORIGEN Y APLICACION DE FONDOS

La presente información tendrá una periodicidad mensual y se cumplimentará por el sistema de

lo percibido, considerando Fondos como Disponibilidades.

Origen de Fondos

Se informarán los ingresos que por todo concepto perciba LA JURISDICCION.

Otros Ingresos: se detallará cualquier otro Ingreso, que perciba LA JURISDICCION

Aplicación de Fondos:

Se informarán los pagos efectuados durante el período, se encuentren ellos debitados o no en el extracto bancario, de acuerdo al registro del Libro Banco, lo cual las diferencias deberán exponerse en la conciliación bancaria respectiva, la que será enviada con la documentación mensual de rendición de cuentas.

B) ESTADO DE SITUACION FINANCIERA CORRIENTE

Al cierre de cada mes se efectuará un Corte que exponga la situación Financiera de LA JURISDICCION,

donde se incluirán como mínimo los siguientes conceptos:

ACTIVO

Activo Corriente

Disponibilidades

Banco Cuenta Especial: se expondrá el saldo de la cuenta bancaria al último día del mes, según

surja del libro banco conciliado.

Créditos

Facturas a cobrar en Ministerio: se expondrá el saldo de facturas presentadas y aún no canceladas

por el Ministerio.

Prestaciones a facturar: se expondrá el saldo a cobrar y cuya factura aún no ha sido presentada

para su cobro.

Pasivo Corriente

Deberán devengarse todas las deudas a fin de cada mes estén las prestaciones facturadas o no.

(Ejemplo: Facturas a recibir por prestaciones del mes no facturadas).

Deudas

Deudas con los prestadores: se expondrá el saldo contable de las deudas registradas con los mismos

EXTRACTOS BANCARIOS

Conjuntamente con la Información anterior, a fin de cada mes deberá también remitirse la fotocopia

de los extractos bancarios de todas las cuentas que posea LA PROVINCIA o JURISDICCION

para la aplicación de los fondos del programa referidos a ese mes y fotocopia del libro banco, debiendo

constar en todas las fojas la indicación que es “copla fiel del original”, firmado por el responsable

de LA PROVINCIA O JURISDICCION.

C) CERTIFICACION DE PAGOS AL RECURSO HUMANO CONTRATADO

En esta planilla se deberá completar la información con todos los datos de pagos efectuados como aplicación de fondos al personal contratado de acuerdo a los comprobantes que estos últimos

emiten y que son archivados mes a mes por LA PROVINCIA A JURISDICCION para su eventual

control por parte del programa a nivel central.

Toda la documentación administrativa contable solicitada deberá ser remitida con sello y firma

del responsable de LA PROVINCIA o JURISDICCION.

ANEXO V



Fecha de visita: _____ Paralelo Sur: _____
 Nombre y apellido del consultado: _____
 Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ Barrio: _____
 Dirección: _____ Etia: _____

Edad	Apellido	Nombre	Documento		Sexo	Nacimiento	Vínculo	Fecha nacimiento			Otro documento	Nivel educativo	Autismo	Estr. a resp.	Cob. Salud	Legado	Dist.
			Tipo	Número				DD	MM	AAAA							
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

Apellido

Apellido

Nombre

Nombre

Documento

Tipo

Número

Sexo

M

F

Nacimiento

DD

MM

AAAA

Vínculo

1. Padre

2. Madre

3. Hermano

4. Esposa

5. Otro

Fecha nacimiento

DD

MM

AAAA

Otro documento

1. DNI

2. Pasaporte

3. Cédula

4. Otro

Nivel educativo

1. Sin estudios

2. Primaria

3. Secundaria

4. Tercer grado

5. Cuarto grado

6. Quinto grado

7. Sexto grado

8. Séptimo grado

9. Octavo grado

10. Noveno grado

11. Décimo grado

12. Universitario

Autismo

1. No

2. Sí

Estr. a resp.

1. No

2. Sí

Cob. Salud

1. No

2. Sí

Legado

1. No

2. Sí

Dist.

1. No

2. Sí



Fecha de visita: _____ Paralelo Sur: _____
 Nombre y apellido del consultado: _____
 Provincia: _____ Municipio: _____ Localidad: _____ Barrio: _____
 Dirección: _____ Etia: _____

Edad	Apellido	Nombre	Documento		Sexo	Nacimiento	Vínculo	Fecha nacimiento			Otro documento	Nivel educativo	Autismo	Estr. a resp.	Cob. Salud	Legado	Dist.
			Tipo	Número				DD	MM	AAAA							
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

Apellido

Apellido

Nombre

Nombre

Documento

Tipo

Número

Sexo

M

F

Nacimiento

DD

MM

AAAA

Vínculo

1. Padre

2. Madre

3. Hermano

4. Esposa

5. Otro

Fecha nacimiento

DD

MM

AAAA

Otro documento

1. DNI

2. Pasaporte

3. Cédula

4. Otro

Nivel educativo

1. Sin estudios

2. Primaria

3. Secundaria

4. Tercer grado

5. Cuarto grado

6. Quinto grado

7. Sexto grado

8. Séptimo grado

9. Octavo grado

10. Noveno grado

11. Décimo grado

12. Universitario

Autismo

1. No

2. Sí

Estr. a resp.

1. No

2. Sí

Cob. Salud

1. No

2. Sí

Legado

1. No

2. Sí

Dist.

1. No

2. Sí

