RESOLUCIÓN 1511-E/2016
MINISTERIO DE SALUD (M.S.)

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR (PROSANE). Derogación de las Resoluciones Ministeriales N° 262/2011 y N° 11/2015. Aprobación del nuevo texto del Convenio de Adhesión a suscribirse entre este Ministerio y las Jurisdicciones que deseen adherir al mismo.
Del: 16/09/2016; Boletín Oficial 23/09/2016.

VISTO el Expediente N° 12002-9995/16-3 y las Resoluciones Ministeriales N° 439 de fecha 16 de mayo de 2008, N° 262 de fecha 10 de marzo de 2011 y N° 11 de fecha 09 de marzo de 2015 del registro de este Ministerio, y
CONSIDERANDO:
Que mediante Resolución Ministerial N° 439/2008 se creó el entonces Programa de Sanidad Escolar.
Que por Resolución Ministerial N° 262/2011 se aprobó el texto del convenio de adhesión a suscribirse entre este Ministerio y las jurisdicciones.
Que, asimismo, por Resolución Ministerial N° 11/2015 se aprobó un nuevo texto de convenio de adhesión a suscribirse por este Ministerio y las jurisdicciones, como así también se modificó el nombre del Programa pasándose a denominar Programa Nacional de Salud Escolar-PROSANE.
Que con el objetivo de fortalecer el acceso de los niños, niñas y adolescentes del nivel inicial, primario y/o secundario a la salud, enmarcado dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el Territorio Nacional, como así lograr el correcto funcionamiento y la adecuada ejecución del mencionado programa, resulta necesario establecer un nuevo texto del convenio marco incorporando nuevas estrategias de Salud tendientes a facilitar su desarrollo, implementación y ejecución en las distintas jurisdicciones.
Que para mejor ordenamiento legal se estima conveniente la derogación de las Resoluciones Ministeriales N° 262 de fecha 10 de marzo de 2011 y N° 11 de fecha 09 de marzo de 2015.
Que habiéndose analizado el objetivo general y los objetivos específicos definidos para el Programa Nacional de Salud Escolar y en virtud que se propicia la derogación de las Resoluciones Ministeriales ut supra mencionadas, se considera necesario reformular los mismos.
Que el Artículo 5° de la Resolución Ministerial N° 262 de fecha 10 de marzo de 2011 y el Artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 11 de fecha 09 de marzo de 2015, que aprueba el Artículo 6° del convenio de adhesión, establecieron el monto de la cápita por cada alumno a examinar en el marco del Plan de Trabajo anual previsto por cada jurisdicción.
Que atento al tiempo transcurrido desde el dictado de las Resoluciones mencionadas en los considerandos previos y la variación de los factores involucrados en la misma, resulta necesario llevar a cabo una modificación de la cápita fijada, con el objeto de continuar viabilizando el adecuado desarrollo operativo del citado Programa a nivel jurisdiccional.
Que la DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.
Que la presente medida se dicta en ejercicio de las facultades conferidas por la Ley de

Ministerios - T.O. 1992 y sus modificaciones.
Por ello,
El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Deróganse las Resoluciones Ministeriales N° 262 de fecha 10 de marzo de 2011 y N° 11 de fecha 09 de marzo de 2015.
Art. 2°.- Apruébase el nuevo texto del Convenio de Adhesión a suscribirse entre este Ministerio y las Jurisdicciones que deseen adherir al mismo y que como ANEXO (GDE IF-2016-01428089-APN-DD#MS) forma parte integrante de la presente medida manteniendo el nombre de PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR (PROSANE).
Art. 3°.- Serán objetivos del PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR (PROSANE) los siguientes:
OBJETIVO GENERAL: Propiciar y fortalecer Políticas de Cuidado Salud-Educación, dentro del marco de la Ley N° 26.061: "Ley de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes", que permitan dar respuesta activa a las necesidades de atención de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar, dando impulso a acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud, fortaleciendo la articulación entre los Ministerios de Salud y Educación Provinciales.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Enmarcar al Programa Nacional de Salud Escolar dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
Identificar el estado de salud de los niños, niñas y adolescentes mediante un Control Integral de Salud contemplando el seguimiento y propiciando la resolución de las problemáticas detectadas.
Propiciar la accesibilidad de la población objetivo al Primer Nivel de Atención y la articulación con el Segundo y Tercer Nivel de Atención.
Coordinar acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, a nivel Nacional, Provincial y Local, para fortalecer la Salud Integral de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar.
Propiciar la conformación y fortalecimiento de las mesas intersectoriales de gestión local, destinadas a impulsar "Políticas de Cuidado para los niños, niñas y adolescentes en edad escolar".
Impulsar y desarrollar acciones de promoción de la salud con la comunidad educativa para propiciar el aprendizaje y desarrollo humano integral, el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niños, niñas y adolescentes y demás miembros de la comunidad.
Art. 4°.- Fíjase una cápita de PESOS OCHENTA ($ 80,00) por cada niño, niña o adolescente al que se le realice el Control Integral de Salud, en el marco del Plan de Trabajo Anual, previsto en el Convenio a suscribirse.
Art. 5°.- El gasto que demande el cumplimiento de las obligaciones asumidas en los convenios que se suscriban se afectarán al Programa 40, Actividad 01, S-Esc.
Art. 6°.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.
Jorge Daniel Lemus, Ministro, Ministerio de Salud.

ANEXO I
CONVENIO DE DESARROLLO Y EJECUCION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR
Entre el Ministerio de Salud de la Provincia/ C.A.B.A./ Municipio de _____, _____, en adelante "LA PROVINCIA" / "LA CIUDAD"/ EL MUNICIPIO", representado en este acto por el _____ con domicilio en _____ y el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, representado en este acto por el _____, con domicilio en la Av. 9 de Julio N° 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante "LA NACIÓN", se conviene en celebrar el presente Convenio para la IMPLEMENTACIÓN del PROGRAMA NACIONAL DE

SALUD ESCOLAR (PROSANE) en el territorio provincial/municipal/ de la caba, a tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El presente Convenio tendrá como objeto y finalidad la implementación del PROSANE, en las escuelas de nivel inicial, primario y/o secundario de la Provincia / C.A.B.A. / Municipio de _____, procediendo LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, a realizar a la población objetivo definida en el ANEXO A, las actividades que a continuación se detallan:

• Control Integral de Salud, definido en el ANEXO B,

• Seguimiento y resolución de las problemáticas detectadas en el Control Integral de la Salud, permitiendo el acceso y la referencia de la población de escolares al primer, segundo o tercer nivel de atención.

• Implementación y sistematización de proyectos de Promoción y Educación para la Salud en las comunidades educativas.

SEGUNDA: El PROSANE se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Los equipos del primer nivel de atención de cada jurisdicción visitarán las escuelas pertenecientes a su área programática para realizar el Control Integral de Salud a su población objetivo. A dichos efectos, realizarán el Control Integral de Salud, la carga de la Planilla de Datos conforme lo indicado en el ANEXO C del presente, y las actividades de promoción de la salud. Asimismo, tendrán a su cargo referenciar a la población de escolares al primer, segundo o tercer nivel para el seguimiento y la resolución de las problemáticas detectadas.

TERCERA: Los Ministerios de Salud y de Educación de cada jurisdicción elaborarán en forma conjunta y acordada el Plan de Trabajo Anual conforme lo establecido en el ANEXO D del presente, así como el cronograma de visita a cada escuela para cada año lectivo.

Dicha documentación deberá ser presentada, para el año lectivo correspondiente, al momento de la firma del presente convenio, y con respecto a los años lectivos posteriores, deberán ser remitidos sucesivamente en forma anual, antes del último día hábil del mes de Diciembre del año previo al planificado.

CUARTA: Los datos que surjan del Control Integral de Salud realizado por los equipos de primer nivel de atención, serán registrados en la Planilla de Datos prevista en el ANEXO C del presente.

Los datos consignados en la Planilla de Datos se cargarán en el Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA) -página web: https://sisa.msal.gov.ar-, sin perjuicio de la facultad de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO de utilizar otro sistema informático compatible con la exportación de datos, siempre y cuando la información suministrada a LA NACIÓN cumpla con los requisitos establecidos en el ANEXO C del presente, no pudiendo contener menos datos que los allí contemplados.

QUINTA: LA NACIÓN tendrá las siguientes facultades:

a) Impulsar la conformación y fortalecimiento de las mesas intersectoriales de gestión Nacional, Provincial, de la C.A.B.A. y Municipal, destinadas a impulsar “Políticas de Cuidado para los niños, niñas y adolescentes en edad escolar”.

b) Aprobar el Plan de Trabajo Anual conforme lo establecido en el ANEXO D, el Informe de Gestión Sanitaria en concordancia con lo especificado en el ANEXO F y el Informe de Aplicación de Fondos conforme lo indicado en el ANEXO G.

c) Monitorear la implementación y el desarrollo del PROSANE a nivel jurisdiccional.

Instancias de Monitoreo

1) Relevamiento en escuelas y centros de salud: evaluación de la calidad del Control Integral de Salud, y el cumplimiento de las actividades de promoción propuestas en el Plan de Trabajo Anual.

2) Mesa de gestión: el análisis del alcance de las metas propuestas en el plan de trabajo se realizará en una mesa de gestión, la que contará con la participación de los referentes locales de cada área implicada en el desarrollo de las acciones de salud para la población objetivo.

d) Aplicar las penalidades previstas en la CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA del presente en caso de incumplimiento por parte de LA PROVINCIA/ LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO.

e) Realizar modificaciones al presente convenio, previa notificación a LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, con anterioridad al 1° de Diciembre del año que corresponda. Las modificaciones aludidas surtirán efecto para ambas partes, a partir del 1° de enero del año subsiguiente. Dicha facultad se podrá ejercer cada dos años.
Para el caso de que las modificaciones fueran propiciadas por LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, las mismas deberán ser propuestas previa notificación a LA NACIÓN antes del 1° de Noviembre del año que corresponda, quedando facultada LA NACIÓN, a través de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, para aceptarlas o rechazarlas antes del 1° de Diciembre del mismo año. Las modificaciones podrán llevarse a cabo en forma anual. En caso de que la enmienda propiciada por LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO fuera aceptada por LA NACIÓN, la misma surtirá efectos para ambas partes a partir del 1° de enero del año subsiguiente.
SEXTA: LA NACIÓN tendrá la obligación de transferir a LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO los fondos para la implementación del PROSANE, en los términos indicados en el ANEXO E del presente convenio.
El monto máximo a transferir resultará del producto de la cápita establecida por LA NACIÓN por la cantidad de niños, niñas y adolescentes estipulados en el Plan de Trabajo Anual.
SÉPTIMA: LA PROVINCIA/ LA CIUDAD/ El MUNICIPIO se obliga a:
a) Designar un Referente para el desarrollo e implementación del Programa en la jurisdicción.
b) Impulsar el trabajo articulado y sostenido entre los Ministerios de Salud y Educación jurisdiccionales y/o sus equivalentes locales.
c) Definir y planificar en forma conjunta con las áreas del Ministerio de Salud involucradas en la implementación del PROSANE acciones e intervenciones de Salud en la comunidad educativa que contemple el curso de vida de cada individuo a fin de lograr un mayor impacto sanitario y la optimización de los recursos.
d) Elaborar y presentar a LA NACIÓN en tiempo y forma el Plan de Trabajo Anual, el Informe de Gestión Sanitaria y el Informe de Aplicación de Fondos, conforme la Resolución Ministerial N° 979/2011.
e) Comprometer al primer nivel de atención en la implementación del PROSANE en las escuelas de su área programática en cada Jurisdicción.
f) Sensibilizar y capacitar a los equipos de los centros de salud acerca de los objetivos del Programa y las actividades a realizar.
g) Monitorear la calidad del desempeño de los equipos de trabajo en el Control Integral de Salud, las acciones de promoción y educación para la salud, el registro de la información, las condiciones de confidencialidad de los datos y la devolución de la información a los padres, tutores y docentes. Este accionar se inscribirá dentro del marco del ejercicio de Buenas Prácticas en Salud y Educación.
h) Contribuir y coordinar acciones destinadas al seguimiento y resolución de las problemáticas detectadas.
i) Disponer de una cuenta bancaria a efectos de que LA NACIÓN transfiera los fondos necesarios para la implementación del PROSANE en LA PROVINCIA/ LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO.
j) Cumplir en tiempo y forma con la presentación de la documentación requerida para la implementación del PROSANE, a saber:
j.1) PLAN DE TRABAJO ANUAL
Elaborar en conjunto con el Ministerio de Educación el Plan de Trabajo Anual. El mismo deberá ser remitido a LA NACIÓN para su posterior aprobación antes del 31 de diciembre del año precedente al año planificado, en los términos previstos en el ANEXO D que forma parte integrante del presente.
j.2) BASE DE DATOS
Para la transferencia de fondos se reconocerán las Planilla de Datos de niños/as y adolescentes evaluados, que hayan sido cargadas hasta el 31 de octubre del año en curso,

según lo estipulado en la CLÁUSULA CUARTA.
j.3) INFORME DE GESTIÓN SANITARIA (I.G.S.)
El Informe de Gestión Sanitaria previsto en el ANEXO F del presente, deberá ser remitido al finalizar la carga de las Planillas del Control Integral de Salud, hasta el 15 de noviembre del año en curso.
j.4) INFORME DE APLICACIÓN DE FONDOS (I.A.F.)
El Informe de Aplicación de Fondos previsto en la Resolución Ministerial N° 979/2011 y en ANEXO G del presente, deberá ser presentado al cierre del año trabajado y antes del 31 de marzo del siguiente año.
OCTAVA: El presente convenio no generará vínculo alguno de ningún tipo entre LA NACIÓN y el personal contratado por LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO para llevar a cabo las obligaciones asumidas en virtud del presente convenio, no creando relación laboral de dependencia, de principal y agente, ni relación contractual alguna, entre LA NACIÓN y dicho personal. LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO manifiesta en este acto que exime a LA NACIÓN de toda responsabilidad por reclamos de cualquier índole (laborales, daños y perjuicios y/o contractuales) que pudieren surgir por parte de los profesionales contratados, dependientes o vinculados de cualquier otro modo con LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO a efectos del cumplimiento de este Convenio. LA NACIÓN no asume responsabilidad alguna sobre aportes previsionales, cargas sociales, seguros de vida, enfermedad, accidentes de viaje u otros seguros que eventualmente pudieran corresponder o ser necesarios o convenientes para los profesionales dependientes o contratados de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO en cumplimiento del presente Convenio.
LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO responderá directa, exclusiva y excluyentemente, y en su caso, indemnizará a LA NACIÓN en todos los juicios, reclamos, demandas y responsabilidades de toda naturaleza y especie, incluidas las costas y gastos, que se derivaren de actos y/u omisiones de los profesionales dependientes o contratados de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO responsabilizándose LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO de toda consecuencia dañosa causada por omisión o derivada de las prácticas médicas y/o paramédicas, y/o del incumplimiento y/o del cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente convenio.
NOVENA: El presente convenio comenzará a regir a partir del momento de la firma y permanecerá vigente, salvo que mediare ejercicio de la facultad de rescisión prevista en la CLÁUSULA DÉCIMA del presente convenio.
La vigencia del presente convenio estará sujeta a la presentación por parte de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO del Plan de Trabajo Anual. La falta de remisión del Plan de Trabajo Anual antes del vencimiento del plazo establecido acarreará la suspensión de pleno derecho de los efectos del presente Convenio durante el año que corresponda. Los efectos así suspendidos quedarán automáticamente reanudados una vez que el PLAN DE TRABAJO sea remitido para el año subsiguiente que corresponda.
DÉCIMA: LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO podrá rescindir el presente convenio, previa notificación fehaciente a la otra parte con una antelación no menor a treinta (30) días corridos. Asimismo, LA NACIÓN podrá resolver el presente convenio ante el incumplimiento por parte de LA PROVINCIA/ LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO de las obligaciones a su cargo, sin necesidad de intimación, ni interpelación judicial.
La resolución o rescisión por parte de LA NACIÓN exime a LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO de la obligación de completar el Plan de Trabajo Anual, no así de dar respuesta a las patologías detectadas, presentar el Informe de Gestión Sanitaria y el Informe de Aplicación de Fondos donde conste la utilización de los mismos, los que si no hubieran sido ejecutados en su totalidad deberán ser restituidos a LA NACIÓN dentro de un plazo no mayor a veinte (20) días hábiles a contarse desde que se ha hecho efectiva la resolución o rescisión, mediante depósito en cuenta bancaria de titularidad del ESTADO NACIONAL a informar oportunamente por LA NACIÓN.
Ante la resolución o rescisión ejercidas por parte de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, se deberán cumplimentar cada una de las obligaciones que refieren al

cumplimiento del Plan de Trabajo Anual, como asimismo, la de presentar el Informe de Gestión Sanitaria y el Informe de Aplicación de Fondos, debiendo restituir a LA NACIÓN, en caso de corresponder, los fondos no ejecutados, en la forma prescripta en el párrafo anterior.

DÉCIMO PRIMERA: La falta de cumplimiento de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO de presentar a LA NACIÓN en tiempo y forma la documentación requerida para la implementación del PROSANE, facultará a LA NACIÓN a suspender la transferencia de fondos a favor de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO hasta tanto se cumpla con las obligaciones enunciadas en la CLÁUSULA SÉPTIMA, inciso j) del presente.

En caso de incumplimiento a la obligación de rendir cuentas en el tiempo y forma, los montos no rendidos deberán ser reintegrados a este Ministerio (Conf. Resolución Ministerial 979/11).

DÉCIMO SEGUNDA: Las partes, de común acuerdo, a partir de la firma del presente, dan por rescindido el Convenio …… celebrado entre ambas en fecha ……. de 20..…

La presente rescisión no exime a LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO del cumplimiento de las obligaciones pendientes, si las hubiera, conforme lo establecido en el convenio que mediante la presente se rescinde, subsistiendo en consecuencia la obligación de rendir cuentas de los fondos oportunamente transferidos por parte de EL MINISTERIO en el marco del convenio rescindido, rendición que requerirá la aprobación de EL MINISTERIO para tenerse por cumplida, así como la restitución de los fondos tranferidos oportunamente, y que no hubieren sido rendidos.

DÉCIMO TERCERA: Las partes constituyen domicilio en los indicados en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursaren. Las partes se someten a la jurisdicción de los Juzgados en lo Contencioso Administrativo Federal con asiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los _____ días del mes de _____ de ____

ANEXO A

POBLACIÓN OBJETIVO

El PROSANE está destinado a todos los niños, niñas y adolescentes en edad escolar, debiendo incluir las cohortes de 1° y 6° grado de las Escuelas de Educación Primaria, pudiendo incorporar otras cohortes de ese nivel, así como también de los niveles inicial y secundario que la jurisdicción considere.

Se deben priorizar las escuelas rurales o escuelas con poligrados, comunidades de pueblos originarios, y escuelas seleccionadas por indicadores socio-sanitarios de riesgo.

ANEXO B

CONTROL INTEGRAL DE SALUD (C.I.S.):

Se refiere cualitativamente al Control Integral de Salud realizado en los niños, niñas y adolescentes de las cohortes seleccionadas.

En el marco del trabajo interdisciplinario del “Comité de Expertos en Salud Integral de niñas y niños en edad escolar” se consensuaron los estándares de calidad para el Control Integral de Salud, con el objetivo de relevar las problemáticas de mayor prevalencia e impacto sanitario para reducir la morbimortalidad de este grupo etario.

El Control Integral de Salud comprende:

a) Relevamiento de antecedentes personales y familiares.
b) Examen físico completo.
c) Examen oftalmológico.
d) Valoración fonoaudiológica.
e) Examen odontológico, enseñanza de técnica de cepillado y topicación con flúor.
f) Control de carnet de vacunas y aplicación de dosis pendientes.

ANEXO C

PLANILLA DE DATOS

Ministerio de Educación | Ministerio de Salud | Presidencia de la Nación

PROSANE
Programa Nacional de Salud Escolar

Planilla N°:.....
N° efector del centro de salud:
.....
Fecha de examen:..../..../....

CONTROL INTEGRAL DE SALUD

Señores Padres: a continuación les solicitamos que completen la autorización y la siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen una evaluación completa a su niño/a o adolescente. Los datos brindados serán tratados con la máxima confidencialidad. En caso de tener alguna duda pueden acercarse a la escuela o al centro de salud.

PARA SER COMPLETADO POR LA FAMILIA (Padre/madre o tutor)

AUTORIZACIÓN

Autorizo al equipo de salud a realizarle a mi hijo/a .....
un examen clínico y odontológico, y a aplicarle las vacunas correspondientes para completar el calendario si fuese necesario.
Nombre y apellido del padre/madre o tutor: .....
Tipo de documento del padre/madre o tutor: ..... N° de documento: ..... Firma: .....

DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

Nombre y apellido del niño/a o adolescente: .....
Domicilio: Calle ..... N° ..... Piso ..... Dpto. ..... Manzana ..... Casa ..... N° ..... Pieza .....
Provincia: ..... Departamento: ..... Localidad: .....
Teléfono fijo: ..... Celular: .....
Tipo de documento: ..... N° de documento: ..... Sexo: F ..... M .....
Fecha de nacimiento: ..../..../.... Edad (en años): .....

Cobertura de salud
- ☐ Obra Social (incluye PAMI)
- ☐ Programas o planes estatales de Salud (asignación universal, plan Sumar, etc.)
- ☐ Plan privado o Prepaga ☐ No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal

Nivel educativo del niño/a o adolescente
- ☐ Inicial Sala: .....
- ☐ Primario Grado: .....
- ☐ Secundario Año: .....

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente

¿Nació prematuro? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Peso de nacimiento (kg.): .

	Sí	No	No sabe
¿Tiene o ha tenido convulsiones a repetición o epilepsia?	☐	☐	☐
¿Tiene o ha tenido episodios de mareos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio?	☐	☐	☐
¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias a repetición?	☐	☐	☐
¿Tiene o ha tenido espasmos bronquiales a repetición o asma?	☐	☐	☐
¿Le han diagnosticado diabetes?	☐	☐	☐
¿Presenta o ha presentado presión arterial alta?	☐	☐	☐
¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón?	☐	☐	☐
¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación?	☐	☐	☐
¿Tiene o ha tenido episodios de diarrea frecuente o a repetición?	☐	☐	☐
¿Tiene o ha tenido dolor o muchas infecciones del oído?	☐	☐	☐
¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación? Causa	☐	☐	☐
¿Recibe algún tratamiento médico, psicológico, foncaudiológico, etc.? ¿Cuál?	☐	☐	☐
¿Hay algo de la salud de su hijo/a que le preocupa? ¿Qué le preocupa?	☐	☐	☐
¿Tiene algún problema de salud no detallado anteriormente? ¿Cuál?	☐	☐	☐

¿Cuándo fue la última vez que un médico pesó y midió al niño/a y controló su carné de vacunas?
☐ Hace menos de 1 año ☐ Hace más de 1 año ☐ No recuerda

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE

¿Tienen o han tenido algún problema de salud importante? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe ¿Cuál/es? .....
¿Algún familiar directo menor de 50 años sufrió muerte súbita o repentina? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA (Directores y/o docentes)

Nombre de la escuela: .....

Ambito de la escuela
- ☐ Rural
- ☐ Urbana

Sector de gestión
- ☐ Estatal ☐ Privado
- ☐ Social/cooperativa

Modalidad educativa
- ☐ Común
- ☐ Especial

¿Es una escuela Intercultural bilingüe? ☐ Sí ☐ No
¿Es una escuela rural con plurigrado? ☐ Sí ☐ No

¿Hay algo del niño/a o adolescente que le preocupa? ☐ Sí ☐ No ¿Qué le preocupa? .....
¿El niño/a o adolescente presenta alguna dificultad en el lenguaje, habla y/o comunicación? ☐ Sí ☐ No ¿Se encuentra bajo tratamiento? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

PARA SER COMPLETADO POR EL EQUIPO DE SALUD

Nombre y apellido del profesional: .....
Matrícula N°: ..... Firma y sello: .....

Esquema de vacunación: ¿Trajo carné? ☐ Sí → ¿Tiene carné completo? ☐ No → ¿Se vacunó en la escuela? ☐ Sí ☐ No
☐ No ☐ Sí

Realización de examen clínico: ☐ Sí → Lugar de realización del examen: ☐ En la escuela ☐ En el Centro de Salud
☐ No → Motivo: ☐ No fue autorizado por la familia ☐ Estuvo ausente el día del examen ☐ Otros

Ministerio de Educación | Ministerio de Salud | Presidencia de la Nación

CONSTANCIA DEL CONTROL INTEGRAL DE SALUD

El equipo de salud deberá entregar esta constancia a la familia para ser presentada en la Escuela.

Planilla N°:.....

N° efector del centro de salud:

.....

Fecha de examen: / /

Control Integral de Salud (cont.) **PROSANE**

Para ser completado por el equipo de salud (cont.)

Evaluación antropométrica: ☐ Se evaluó → Peso (kg): ____ . ____ ; Talla (cm): ____ ; IMC: ____ . ____
☐ No se evaluó

→ Percentilo talla: ☐ Menor a 3 ☐ Mayor o igual a 3
Percentilo IMC: ☐ Menor a 3 (emaciación)
→ ☐ Entre 3 y 9 (riesgo de bajo peso) ☐ Entre 10 y 84 (normal)
☐ Entre 85 y 97 (sobrepeso) ☐ Mayor a 97 (obesidad)

Presión arterial: ☐ Se evaluó → Presión arterial sistólica (PAS): ____ Presión arterial diastólica (PAD): ____
☐ No se evaluó Percentilo PAS: ☐ Menor a 90 ☐ Mayor o igual a 90 Percentilo PAD: ☐ Menor a 90 ☐ Mayor o igual a 90

Agudeza visual: ☐ Se evaluó → Evaluación de la agudeza visual (con lentes si los usa)
☐ No se evaluó
Usa lentes: ☐ Sí ☐ No

Ojo derecho				Ojo izquierdo			
			☐ 7/10				☐ 7/10
☐ 1/10	☐ 4/10	☐ 8/10		☐ 1/10	☐ 4/10	☐ 8/10	
☐ 2/10	☐ 5/10	☐ 9/10		☐ 2/10	☐ 5/10	☐ 9/10	
☐ 3/10	☐ 6/10	☐ 10/10		☐ 3/10	☐ 6/10	☐ 10/10	

Audiometría o barrido tonal:
¿Se realizó audiometría o barrido tonal?
☐ No
☐ Sí → Resultado: ☐ Pasa
☐ No pasa

HALLAZGOS CLÍNICOS

Piel y faneras
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Nevos con criterio de derivación (Asimetría, bordes, color, diámetro, evolución)
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Escabiosis ☐ Piodermitis ☐ Pediculosis
☐ No se evaluó ☐ L.C.M. ☐ Otros: ____

P. blandas
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Adenomegalia localizada
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Ademomegalias generalizadas
☐ No se evaluó ☐ Otros: ____

Cardiovascular
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Presión arterial elevada (Mayor o igual al percentilo 90)
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Ausencia o alteración del pulso humeral, radial o femoral (uni o bilateral)
☐ No se evaluó ☐ Soplo ☐ Arritmia ☐ Otros: ____

Respiratorio
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Hallazgos auscultatorios
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Respiración bucal
☐ No se evaluó ☐ Otros: ____

Abdominal
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Hepatomegalia
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Masa palpable ☐ Esplenomegalia
☐ No se evaluó ☐ Hernias ☐ Otros: ____

Genitourinario (niños)
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Signos de pubertad precoz (en niños menores de 9 años)
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Testículo/s no descendido/s ☐ Hernia ☐ Fimosis
☐ No se evaluó ☐ Asimetría testicular ☐ Varicocele ☐ Otros: ____

Genitourinario (niñas)
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Signos de pubertad precoz (en niñas menores de 8 años)
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Otros: ____
☐ No se evaluó

Osteoarticular
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Maniobra de Adams positiva
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Alteraciones de la marcha
☐ No se evaluó ☐ Otros: ____

Neurológico
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Paresias o signos focales
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Movimientos anormales
☐ No se evaluó ☐ Otros: ____

Salud visual
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Disminución de la agudeza visual ☐ Estrabismo
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Posición anormal de la cabeza ☐ Alteraciones del ojo externo
☐ No se evaluó ☐ Otros: ____

Salud fono-audiológica
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ "No pasa" Audiometría/barrido tonal
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Alteraciones en el lenguaje, habla y/o comunicación
☐ No se evaluó ☐ Otros: ____

PARA SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO

Marque c/ AZUL > tratamientos a realizar y c/ ROJO > tratamientos realizados

Nombre y apellido del profesional: ____

Fecha del examen: ____ / ____ / ____ Firma y sello: ____

¿Se realizó topicación con fluor durante la consulta?: ☐ Sí ☐ No

Salud bucal
☐ Con hallazgos relevantes → ☐ Caries en piezas temporarias
☐ Sin hallazgos relevantes ☐ Caries en piezas permanentes
☐ No se evaluó ☐ Caries en el 1° molar permanente
☐ Patología de tejidos blandos
☐ Maloclusión ☐ Otros: ____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DERECHA IZQUIERDA

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

DERIVACIONES E INTERCONSULTAS

Centro asistencial al cual se interconsulta o deriva: ____

Odontología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Urología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Oftalmología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	O.R.L:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Nutrición:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Dermatología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Vacunatorio:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Neurología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Pediatría:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Trabajo Social:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Fonoaudiología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Psicología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Cardiología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Psicopedagogía:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Traumatología:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Agente Sanitario:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____
Cirugía:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____	Otros:	☐ Sí	☐ No	Motivo: ____

Dejo constancia que a.....
DNI:....., de.....años de edad se le ha realizado un Control Integral de Salud.
De no mediar intercurrencias clínicas que definan lo contrario, esta constancia tiene validez por un año.
Observaciones:.....
.....
.....

Presenta vacunas completas para su edad ☐
Presenta vacunación en curso ☐
Debe completar vacunas ☐

...../...../.....
Día Mes Año

Firma y sello del médico

PLAN DE TRABAJO ANUAL

1) Presentación del PLAN DE TRABAJO ANUAL:

Es requisito la presentación del Plan de Trabajo Anual en tiempo y forma por parte del Referente del LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, para su posterior aprobación por LA NACIÓN, conforme se ha establecido en la CLÁUSULA SÉPTIMA, inciso j.1 del presente convenio.

2) Ejes que deberá contemplar el PLAN DE TRABAJO ANUAL:

a) Breve caracterización socio demográfica de la población objetivo, especificando la constitución del sistema público de salud y de educación.

b) Identificación de la población a evaluar y especificación de los centros de salud del primer nivel de atención que participarán del Programa Provincial/ de la Ciudad/ del Municipio y las escuelas seleccionadas que pertenecen a su área programática.

	Municipio	Centro de Salud	Escuelas	Matrícula			Total de matrícula por escuela
				1° Grado	6° Grado	Otros (especificar)	
PROVINCIA							
TOTALES							(Total de matrícula a evaluar en el año)

c) Estrategias de acompañamiento/seguimiento de todas las derivaciones hasta la efectiva resolución, identificando las redes existentes en el territorio, destinadas a dar respuesta a las patologías de mayor prevalencia para este grupo etario: Sobrepeso y obesidad, salud bucal, evaluación oftalmológica y equipamiento con lentes, hipoacusias y casos de maltrato infanto-juvenil.

d) Definición de las actividades de prevención y promoción de la salud a implementar por el Programa Provincial/ de la Ciudad/ del Municipio.

ANEXO E

PAUTAS PARA LA TRANSFERENCIA DE FONDOS DE LA NACIÓN A LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO

Los fondos para la implementación del PROSANE en la jurisdicción serán transferidos por parte de LA NACIÓN, en la forma dispuesta seguidamente.

LA NACIÓN realizará dos tipos de transferencias de fondos; un anticipo y el pago:

a. El Anticipo será transferido a los treinta (30) días hábiles, contados a partir de la notificación por parte de LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, de la aprobación del Plan de Trabajo Anual.

El mencionado anticipo será equivalente al 30% del producto de la cápita por la cantidad de niños, niñas y/o adolescentes estipulados en el Plan de Trabajo Anual.

b. El Pago corresponderá al producto de la cápita por la cantidad de niños, niñas y/o adolescentes cargados, indefectiblemente al 31 de octubre del año en curso, según lo estipulado en la CLÁUSULA CUARTA y CLÁUSULA SÉPTIMA inciso j.2), descontado el Anticipo.

El monto correspondiente a el Pago será transferido a los treinta (30) días hábiles de haber cumplimentado LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, conforme lo establecido en la CLÁUSULA CUARTA y CLÁUSULA SÉPTIMA inciso j.2).

ANEXO F

INFORME DE GESTIÓN SANITARIA (I.G.S.)

El Informe de Gestión Sanitaria deberá contemplar aspectos sanitarios y de gestión del Programa.

En relación al enfoque sanitario, el I.G.S. deberá informar sobre la situación de salud de la población objetivo examinada por LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, incluyendo el diagnóstico y el análisis de las situaciones evaluadas con mayor prevalencia y sus posibles causas.

A partir de este diagnóstico de situación, que incluirá el análisis de variables cuantitativas y

cualitativas, se deberán plantear estrategias de acción local, especificando metas de corto y mediano plazo, nivel de articulación que cada jurisdicción considere necesario.
Se deberán incluir todas aquellas dificultades y logros durante el desarrollo del Programa.
Asimismo, el I.G.S. deberá contemplar una evaluación cualitativa de la gestión del año de actividad. Esta evaluación se desarrollará en base a tres ejes: logros, dificultades y desafíos, que posteriormente serán plasmados en las estrategias que se plantearán para la elaboración del Plan de Trabajo Anual.

ANEXO G

INFORME DE APLICACION DE FONDOS (I.A.F.)

El Informe de Aplicacion de Fondos se deberá presentar antes del 31 de marzo del año siguiente al de la aplicación de los fondos.
Dicho I.A.F. tendrá carácter anual e integrador y comprenderá la información de la totalidad de los fondos aplicados para la implementación del PROSANE según se detalla en el Plan de Trabajo Anual.

Gastos Elegibles

LA NACIÓN admitirá únicamente aquellos gastos que cumplan con los criterios de razonabilidad y eficiencia para la ejecución del Programa en LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, sin perjuicio de lo que disponga/n la/s normativa/s contable/s jurisdiccional/es en relación con la aplicación de dichos fondos.
El I.A.F. será presentado en carácter de DECLARACIÓN JURADA, conforme el modelo aprobado por Resolución Ministerial N° 979/11 y debera acompañarse la documentación indicada en la citada norma.
Toda vez que LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, deberá ser titular de una cuenta bancaria exclusiva a efectos de la ejecución del Convenio PROSANE, LA PROVINCIA / LA CIUDAD/ EL MUNICIPIO, deberá acompañar el extracto bancario del cual surja el saldo de dicha cuenta bancaria a la fecha de confección del INFORME DE APLICACIÓN DE FONDOS.

MODELO DE INFORME DE APLICACIÓN DE FONDOS

El (los) que suscribe (n) …….. (Nombre/s y Apellido/s) …….. en mi (nuestro) carácter de …….. (Cargo que ocupa en la Institución) …….. de …….. (Entidad u Organismo) …….. con domicilio real/legal en la calle …….. N° …… de ……. la …….. Ciudad/ Localidad de …….. Provincia de ……., manifiesto con carácter de declaración jurada, que he/hemos aplicado los fondos transferidos oportunamente otorgados por el MINISTERIO DE SALUD mediante Resolución N° ……../20 ….., tramitado bajo Expediente N° ……., conforme el detalle que se expone seguidamente:

• PLAN DE TRABAJO PRESENTADO:

• CAPITA FIJADA:

• CANTIDAD DE NIÑOS EXAMINADOS:

• MONTO TRANSFERIDO:

1. Compras de insumos	……	$ ……
2. Compra de equipamiento	……	$ ……
3. Traslado a y desde las escuelas	……	$ ……
4. Refrigerio	……	$ ……
5. Contratación de personal médico y odontológico	……	$ ……
6. Carga de formularios de control	……	$ ……
TOTAL		$

Otorgada ……$……-

Intervención Documentada rendida en la presente ……$……-

Saldo a Invertir ……$……-

Asimismo, cumplimos en adjuntar un detalle de los respectivos comprobantes respaldatorios de la inversión documentada al detalle de fecha, tipo y N° de comprobante, proveedor, concepto, e importe total y copia de la documentación (facturas, extractos bancarios y/o otros comprobantes), debidamente conformado por la Autoridad Competente.

Adicionalmente, también con carácter de declaración jurada, manifiesto/manifestamos que:

Los fondos recibidos, en concepto de subsidio, fueron empleados para el objetivo solicitado y/o tenido en cuenta para su otorgamiento.

La totalidad de la documentación original, respaldatoria del empleo de los fondos de subsidio, cumple con las formalidades y requisitos establecidos por la Resolución N° 1415/03 y complementarias y modificatorias de la ADMINISTRACION FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS (AFIP), salvo los casos de excepción que expresamente se detallan. La documentación ORIGINAL se encuentra debidamente archivada, en el domicilio de …….. (sede de la institución u organismo privado), a disposición de la DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN - DEPTO. RENDICIÓN DE CUENTAS del MINISTERIO DE SALUD para su análisis y verificación en el momento que se considere oportuno y sometidas a las competencias de control previstas en la Ley N° 21.156.

IF-2016-01428089-APN-DD#MS

LEGISALUD ARGENTINA

Copyright © BIREME Contáctenos