

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Maia Steinman

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL MÉDICOS COMUNITARIOS, EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PMC) (PERÍODO 2004-2015)

2015



Citar como: Steinman, M. (2015). Análisis de la implementación del Programa Nacional Médicos Comunitarios, Equipos de Salud. del primer Nivel de Atención (PMC) (período 2004-2015). [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE:

Resumen..... pág. 1

Palabras Claves..... pág. 1

1. Introducción..... pág. 2

2. Planteamiento del Problema..... pág. 2

3. Desarrollo..... pág. 3

3.A Marco Teórico-Conceptual y/o referencia..... pág. 3

3.B Análisis del problema: articulación teórica y empírica..... pág. 9

3.B.1 Breve reseña Programa Remediar y Plan Nacer..... pág. 11

3.B.2 Programa Médicos Comunitarios..... pág. 12

3.B.3 Estrategia..... pág. 13

3.B.4 Lineamientos..... pág. 14

3.B.5 La Capacitación del Programa..... pág. 14

3.B.6 Actividades Desarrolladas por el Equipo..... pág. 16

3.B.7 Área de Salud Indígena..... pág. 16

3.B.8 Introducción a la Estrategia de Gestión- Capacitación del PMC..... pág. 17

3.B.9 El Curso y el Posgrado..... pág. 18

3.B.10 Objetivos de la Estrategia de Educación Permanente en Servicio..... pág. 20

3.B.11 Distribución geográfica de las Universidades bajo Programa..... pág. 21

3.B.12 Estructura Docente..... pág. 22

3.B.13 La figura del/la Facilitador/a..... pág. 23

3.B.14 Articulaciones institucionales del Programa..... pág. 25

3.B.15 Historia del PMC desde sus comienzos hasta la actualidad..... pág. 26

3.B.16 Matriz FODA..... pág. 28

4. Conclusiones..... pág. 31

5. Bibliografía..... pág. 33

6. Anexos..... pág. 33

RESUMEN – ABSTRACT

El presente trabajo desarrolla el Programa Médicos Comunitarios, creado hace más de 10 años con el propósito de fortalecer los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, en el marco de la estrategia de atención primaria como política de Estado, a través de la capacitación, el acompañamiento y el financiamiento de recurso humano, a lo largo y a lo ancho del país.

El trabajo abarca desde la puesta en marcha del Programa, en un contexto de crisis social y económica por la que se encontraba atravesando el país, con una creciente demanda en el sector público de salud y una deficiente capacidad del mismo para contenerla. En este contexto, se implementa el Programa Médicos Comunitarios (PMC), cuyo principal objetivo fue el de ampliar y mejorar la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención, a través del financiamiento e inserción en el mismo de Equipos Interdisciplinarios, capacitados en Salud Social y Comunitaria.

El PMC aborda estas acciones de capacitación y financiamiento en cogestión con facultades de Medicina, Ciencias de la Salud y Sociales, de Universidades públicas y privadas de todo el país y con las jurisdicciones provinciales y municipales. Las capacitaciones son en servicio, y contemplan el Posgrado en Salud Social y Comunitaria (PSS y C), el Curso en Salud Social y Comunitaria (CSS y C) y Educación Permanente en Servicio (EPS).

En el desarrollo del trabajo se explicitan los alcances del Programa y el impacto socio sanitario producido por el mismo, a través de la ampliación de la cobertura pública de salud, el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, el mejoramiento de las prácticas de promoción y prevención en Centros de Atención Primaria, la consolidación de redes locales de salud y la participación comunitaria. Como consecuencia mejora la accesibilidad de la población en su conjunto, con foco en los sectores más vulnerables, al sistema público de salud.

El presente trabajo se justifica como muestra de una herramienta modelo implementada en Salud Pública para el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud. Muestra asimismo sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, que servirán de insumo de análisis del desarrollo del Programa y posibles futuras tomas de decisiones respecto al mismo. Refleja el impacto positivo relacionado al estado de salud de las poblaciones más necesitadas, mejorando la accesibilidad de las mismas a centros de atención primaria, hallando en los mismos Equipos Interdisciplinarios capacitados, que le den respuesta a sus problemas de salud, les brinden información sobre el cuidado y promoción de la misma, poniendo al alcance al resto de los Programas de Atención Primaria, mejorando integralmente su calidad y proyección de vida.

PALABRAS CLAVES

Primer Nivel de Atención, Programa de Salud Pública, Capacitación en Servicio, Participación Comunitaria, Interdisciplina, Descentralización, Accesibilidad

1. INTRODUCCION

Este trabajo realizará una descripción y análisis de la implementación del Programa Nacional de Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de atención, desde su creación en el año 2004 hasta la actualidad. El mismo se justifica en la importancia de mostrar una estrategia de gestión para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Despliega el contexto socio económico donde fue ideado e implementado, sus desarrollo, contenidos, objetivos , logros, identificando sus fortalezas, oportunidades, obstáculos y debilidades, como así mismo, su impacto dentro del Sistema publico de salud, y para con la Comunidad en su conjunto.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, las personas desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan su salud. La atención primaria, el acceso universal y la protección social representan las principales respuestas a estas expectativas. Las personas esperan asimismo que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y sin las cuales la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido. Comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos. Un grupo de políticas públicas fundamentales es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc.) de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal.¹

Siguiendo estos conceptos, la decisión de un gobierno de implementar el Programa Médicos Comunitarios, tema a desarrollar en este escrito, en respuesta a las necesidades de la población, retomando y afianzando el rol gestor del Estado en el cuidado y desarrollo saludable de la misma.

La inserción de Rrhh, capacitándolo en Salud Social y Comunitaria, en Centros de Atención Primaria, a partir de objetivos claros de cuidado de la salud, en un país con asimetrías sociales, económicas, demográficas. Llevándolo a cabo en consenso con Universidades Publicas y Privadas, y en articulación con otros programas destinados al cambio de modelo hospital céntrico, en uno de gestión descentralizada, accesible y al alcance de la población.

¹ OMS. Políticas Publicas para la Salud Publica. Informe sobre la Salud en el mundo. Capitulo 4. Año 2004.

Definición de Objetivos:

Objetivo general:

Analizar el impacto en la gestión de la Atención Primaria de la Salud a través de la implementación del Programa Nacional Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, en todo el territorio argentino, en el periodo 2004-2015.

Objetivos específicos:

Analizar el impacto del mismo en el cuidado, prevención y promoción de la salud de la población, ampliación de la cobertura en Salud y formación de Rrh en Salud Social y Comunitaria. ²

3.DESARROLLO

3.A Marco Teórico-Conceptual y/o referencial:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"³

La **Salud Pública** es una ciencia y arte de evitar enfermedades, alargar la vida y fomentar la salud y eficiencia con los esfuerzos de la comunidad. ⁴

Según la OMS, la Salud Pública engloba todas las actividades relacionadas con la salud y la enfermedad, el estado sanitario y ecológico del ambiente de vida; la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, planificación, gestión y educación.

M. Terris , amplia esta definición afirmando que "la Salud Pública es la actividad social y de gobierno, multidisciplinaria con toda su naturaleza y con implicaciones de toda la sociedad"

Según H.S. Martin, en 1984, "la Salud Pública propone actividades planificadas y refuerza la participación de la población"

Su función es la de prevenir enfermedades, promover, proteger, y restaurar la salud, además de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

² Manual Operativo Programa Médicos Comunitarios.2004.

³ OMS . Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

⁴ Winslow (1920)

Es considerada una disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de conciliación, la educación y la investigación. Es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida.

La **Atención Primaria de la Salud** (APS) es considerada la puerta de entrada a los servicios de salud. Martín Zurro amplía afirmando que "la Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad".⁵

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

"... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad." ⁶

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

Uno de los objetivos a alcanzar de políticas centradas en el bienestar de la comunidad en su conjunto es brindar a todos los pueblos un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Por este motivo, como estrategia de fortalecimiento de la APS se crean, entre otras medidas, Programas Sanitarios, públicos, de acceso universal, que promueven el desarrollo individual y colectivo, a través del cuidado, promoción y prevención de la salud.

Los **Programas Sanitarios** son un conjunto de acciones implementadas por un Ministerio de Salud con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. La implementación

⁵ Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solá.

⁶ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud.

de un programa de salud implica trabajar en la promoción, educar a la población sobre factores de riesgo y dar continuidad al modelo de atención para que el seguimiento del paciente dentro del sistema sanitario no se fragmente. Los Programas de Salud deben valorar la Gestión en la asistencia sanitaria, incorporando la mejor calidad profesional, el logro de los mejores resultados y mejor impacto socio sanitario en la población.

Un Programa de Salud es un conjunto de acciones implementadas por un gobierno con el objetivo de mejorar las condiciones de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención.

Son condicionantes para la ideación de un Programa de Salud la extensión geográfica, la población y los problemas de la misma. La gestión del Programa es el proceso por medio del cual se organizan actividades y recursos para cumplir objetivos precisos, bien definidos en torno a uno o varios problemas afines y se aplican a los procedimientos para ejecutar acciones con esa finalidad.⁷

Los objetivos, las actividades (tareas) y recursos constituyen la esencia de un programa, una vez se hayan definido los problemas prioritarios que abarcará el mismo.

Al formular los objetivos deberá tenerse en cuenta y estimar qué cuantía de reducción del problema puede obtenerse y en cuanto tiempo.⁸

La gestión y desarrollo de los mismos repercute sobre la Promoción y Prevención de la Salud, respetan y defienden el Derecho a la Salud, trabajando para disminuir las Inequidades Sanitarias, y mejorando la Accesibilidad de la población al sistema publico de salud.

La **Promoción de la Salud** consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, según la Carta de Ottawa, en 1986. En dicha carta se insta a los estados miembros de la OMS:

- fomentar la responsabilidad social en materia de salud. Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- aumentar inversiones en desarrollo sanitario
- fortalecer el examen de las necesidades sanitarias y de la promoción de la salud
- adoptar enfoque basado en datos bien fundamentados para la política y la practica en materia de promoción de la salud

⁷ OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe Conjunto del Director de la OMS y del Director de UNICEF. Ginebra-Nueva York 1978

⁸ OMS .La programación detallada como parte del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud, op, cit.

En 1990, la OMS define la Promoción de la Salud como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. Se centra en la acción sobre los factores de riesgo o determinantes de la salud.

La **prevención** es la aplicación de medidas técnicas, incluyendo aspectos médicos y de otras disciplinas, que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria), y devolver las capacidades perdidas (prevención terciaria). Es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.

Se entiende por **inequidades sanitarias** las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.

Los más pobres entre los pobres, en todo el mundo, son también los que tienen peor salud. Dentro de los países, los datos muestran que en general cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Existe un gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos. La existencia de un gradiente social de la salud implica que las inequidades sanitarias afectan a todos.⁹

El **derecho a la salud** significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.

La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.

Según la observación general del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el derecho a la salud abarca cuatro elementos:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - ✓ no discriminación;
 - ✓ accesibilidad física;
 - ✓ accesibilidad económica;
 - ✓ acceso a la información.

⁹ OMS. Programas y Proyectos. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- ❖ **Respetar.** Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud
- ❖ **Proteger.** Significa adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud
- ❖ **Cumplir.** Significa adoptar medidas para dar plena efectividad al derecho a la salud ¹⁰

La **accesibilidad** ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: *geográficas, económicas administrativas, cultural*. El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso. En este sentido, se define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos. Se hace necesario pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización.¹¹ Dicho esto, definimos accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios.

El Dr. Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud de Argentina, expresó:

"Los problemas de la medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría." "Solo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo." ¹²

¹⁰ OMS. Derecho a la Salud. Nota descriptiva N°323 Noviembre de 2013.

¹¹ Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen xiv / año 2006

Les compete a los gobiernos de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública en los que se tengan en cuenta las preocupaciones en materia de salud de toda la población, prestando especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados Partes deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el *principio de realización progresiva*. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado y los procedentes de la asistencia y la cooperación internacionales.

Deberán avanzar en un proceso de construcción de consensos que permitan alcanzar modelos sanitarios más equitativos, inclusivos y justos.

"La promoción de la equidad sanitaria es vital para un desarrollo sostenible, una mejor calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, puede contribuir a la paz y a la seguridad."¹³

Este marco conceptual es la base del Programa Médicos Comunitarios, el que persigue todos los principios descritos, con su foco en el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, la accesibilidad, la equidad sanitaria, la promoción y prevención de la salud de la comunidad, integrada por sujetos de derecho. Con su foco en la APS, educa sobre los problemas de salud y su prevención, promueve buenas condiciones alimentarias y nutricionales, protege a la población materno-infantil y estimula la planificación familiar, controla la vacunación, la prevención y el control de las enfermedades endémicas, el tratamiento de enfermedades y lesiones frecuentes y la administración de medicamentos esenciales, entre otros.

Fomenta la participación (el compromiso de las colectividades y de los individuos con el programas de salud que les concierne directamente. Esta participación demanda que la colectividad deba identificar sus necesidades, tomar parte del funcionamiento de sus servicios de salud y también de su gestión, es decir de la planificación de su organización, de su control y evaluación), la multisectorialidad (asociación de otros sectores que contribuyan al desarrollo global) y el trabajo en equipo¹⁴. Estimula además la Auto responsabilidad (de parte de la comunidad y del personal de salud), la movilización global (esfuerzos comunes, de todos los factores y contribuyentes), el desarrollo general y el progreso de los pueblos hacia una existencia menos precaria que lleve a una mejor calidad de vida y por ende de salud, y a una justicia social, otorgándole prioridad a los más desamparados, buscando la equidad y la accesibilidad a la salud.

La **Salud Comunitaria**, es entendida como el brazo de la Salud Pública que se aproxima a la comunidad y la hace participe y protagonista de la gestión y promoción de su salud

3.B Análisis del problema: articulación teórica y empírica

¹² Ramón Carrillo, el fundador del Sanitarismo nacional, Alzugaray R. Editorial Colihue, Buenos Aires, 2009)

¹³ Programa Equidad y Salud. UNICEN.

¹⁴ Mahler (1986)

En la historia argentina la Salud Pública adquiere relevancia dentro de la agenda política del Estado, durante la primera presidencia de Juan D. Perón, quien crea en 1949 el **Ministerio de Salud Pública (MSAL)**, siendo el primer ministro nombrado el Dr. Ramón Carrillo.

Tras los sucesivos e intempestivos cambios en la política argentina, alternando gobiernos democráticos con gobiernos de facto, donde los Ministerios se unificaban y escindían, en el año 2002 se crea el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, asumiendo como Ministro el Dr. Ginés González García, quien permanece en dicho cargo hasta el año 2007.

Al Ministerio de Salud de la Nación le compete, entre otras funciones:

1. Entender en la determinación de los objetivos y políticas del área de su competencia;
2. Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional
3. Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social;
4. Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud;
5. Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial;
6. Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como inter regional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil;
7. Intervenir en el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes.

En el año 2001-2002, la Argentina atravesaba una profunda crisis económica y social que repercutió fuertemente en el sistema de salud:



Cuadro : crisis económica social 2001-2002

Recursos humanos en el Primer nivel de atención



Cuadro : consecuencias de la crisis 2001-2002

Como consecuencia del profundo conflicto se genera una grave crisis en Salud, con un modelo hospital céntrico, basado en el asistencialismo. Primaba en ese momento el desabastecimiento y la escasez de Rrhh. Los sistemas locales de salud, sin recursos económicos, se encontraban imposibilitados de sustentarse financieramente. El colapso económico repercutió gravemente en el funcionamiento, la calidad y la eficacia de los servicios públicos de salud, que se vio abruptamente exigido y sobrepasado en su capacidad de respuesta a las necesidades de la población.

A su vez, la crisis trajo aparejada un aumento en la tasa de desempleo, con la consecuente merma en el aporte a obras sociales y prestadoras privadas de salud, y un aumento en la demanda de salud en el sector público.

Ante tal situación, y el riesgo que numerosos sectores de la población quedasen sin la mas elemental cobertura de salud, el gobierno argentino, por intermedio del Ministerio de Salud de la Nación, emprendió una verdadera cruzada para fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud.

El Ministro Ginés González García, en representación del Poder Ejecutivo, ubica a la APS como eje en la política Sanitaria, y sus primeras medidas, entre muchas otras, para afrontar la mencionada crisis, fue la creación del Programa Remediar, el Plan Nacer, y el **Programa Médicos Comunitarios**, eje de la temática a desarrollar en el presente trabajo.

3.B.1 Breve reseña Programa Remediar y Plan Nacer:

El Programa **Remediar** fue creado en el año 2002, por el decreto 486, en el marco de la Política Nacional de Medicamentos.

La sanción de la ley 26.688, de Producción Pública de Medicamentos, se enmarca dentro de las políticas sanitarias nacionales de inclusión social. Prioriza la producción pública de medicamentos esenciales conforme a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Vacunas para la población y las necesidades epidemiológicas de Argentina.

Se ha consolidado a los laboratorios de producción pública de medicamentos con la adquisición de productos que se distribuyen mensualmente a través de sus botiquines.

El decreto reglamentario define a los medicamentos como un "bien social" que contribuyen a la mejora general de la población y que ocupan, junto a las vacunas, un "lugar particular por su relación directa con los derechos a la vida y a la salud de las personas".

Desde el año 2002, el Programa Remediar brinda un servicio de gestión de medicamentos, fortaleciendo la capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención, promoviendo la estrategia de atención primaria de la salud y el uso racional de medicamentos, con el objetivo de

consolidar un sistema federal de abastecimiento y brindar cobertura farmacológica, directa y gratuita en todo el territorio nacional, cumpliendo con todas las disposiciones legales aplicables, así como con los requisitos adicionales asumidos de manera voluntaria y que estén relacionados con la calidad de los servicios prestados.

El **Plan Nacer**, Programa en su comienzo destinado a mejorar la atención de niños menores de 6 años, embarazadas y púerperas, sin obra social. Esta población, objetivo del Programa, generaba una cápita a mediante la cual la Nación transfería dinero a la provincia y esta a los centros de salud donde dicha población se le realizaban prestaciones de salud y actividades de promoción y prevención (73 practicas contempladas en un nomenclador). Los centros de salud podían utilizar los fondos recibidos en la compra de equipamiento, infraestructura y contratación de Rrhh.

La transferencia a las jurisdicciones no se realizaba de forma espontanea, sino que un porcentaje de la misma (40%) iba sujeta a cumplimiento de metas sanitarias, preestablecidas anualmente con Nación (denominadas trazadoras)

Las metas sanitarias incluían, entre otras, la captación temprana de embarazadas, número completo de controles durante el embarazo, niños nacidos con peso adecuado, cumplimiento en el numero de controles en niños, con correcto calendario de vacunación, consejería en Salud Sexual y reproductiva en púerperas.

Como objetivos principales el Programa buscaba fortalecer la Atención Primaria de la Salud, brindar recursos económicos a centros de salud para cubrir sus necesidades de Rrhh, infraestructura, insumos, estimular la promoción y prevención de la población a cargo, mejorando la atención de la misma.

El **Plan Sumar** surge como una ampliación del Plan Nacer, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas. En el 2012, esta política se amplió a los niños de 6 a 9 años, jóvenes y mujeres hasta los 64 años, reforzando la la cobertura universal pública a través de servicios de salud para la población objetivo y aportando recursos adicionales a través de una modalidad innovadora de financiamiento basado en resultados (metas sanitarias).

Invierte recursos adicionales para fortalecer la red pública de atención de salud en todo el país y mejorar la calidad de atención de la población sin obra social.

3.B.2 Programa Médicos Comunitarios:

Creado por resolución MS 915/2004 ¹⁵, el día 13 de Septiembre de 2004, es un programa de formación en servicio que tiene como propósito fortalecer los equipos de salud del primer nivel de atención, en el marco de la estrategia de atención primaria como política de Estado, a través de la capacitación, el acompañamiento y el financiamiento de los recursos humanos, a lo largo y a lo ancho del país. Es un Programa que brinda becas económicas y de formación en Salud Social y Comunitaria a profesionales y no profesionales para el Primer nivel de Atención.

¹⁵ Resolución MS 915/2004, de creación del Programa

El mismo persigue los siguientes objetivos:

- Garantizar la capacitación en Salud Social y Comunitaria del Rrhh que trabaja en el primer nivel de atención, tanto del Rrhh que ingresa al Programa, profesionales y no profesionales, como del preexistente en centros de Atención Primaria de la Salud.
- Ampliar la cobertura y calidad de la atención de los centros de salud reforzando con recurso humano calificado a sus equipos de salud, además de conformando nuevos equipos.
- Mejorar la accesibilidad y calidad de atención de toda la población del país con especial atención en los grupos vulnerables
- Fortalecer los procesos de trabajo de los equipos de salud del primer nivel de atención.
- Impulsar el Trabajo en redes.
- Optimizar los recursos articulando los programas que llegan al efector (nacionales, provinciales y locales) y promoviendo la intersectorialidad en salud.
- Reforzar las actividades de promoción y prevención, cuidado y seguimiento de la salud de los equipos de salud. Estimular las actividades extramuro de los mismos, con la comunidad.
- Fortalecer la búsqueda activa y seguimiento por parte del equipo de salud, de las familias más vulnerables o las situaciones de riesgo socio sanitario (indigentes, multíparas, madres adolescentes, desnutridos, poblaciones aborígenes, ancianos enfermos, discapacitados).
- Garantizar la accesibilidad, participación y calidad de atención a los pueblos indígenas de Argentina.
- Fortalecer la participación de la comunidad en la promoción y el cuidado de la salud, promoviendo una ciudadanía sanitaria activa.

3.B.3 Estrategia:

Capacitar mediante un Posgrado, destinado a profesionales, y Curso, destinado a no profesionales, en Salud Social y Comunitaria, presencial y en servicio, que contribuya a la reconversión del recurso humano, orientando su formación a la atención primaria de la salud, resolución de problemas locales y trabajo con la comunidad.

Garantizar el financiamiento y la capacitación en la Etapa de Educación Permanente en Servicio, para profesionales y no profesionales que hayan finalizado el Curso o Posgrado en

Salud Social y Comunitaria, que brinden herramientas de abordaje de problemáticas socio sanitarias, a las que se enfrentan los Equipos de Salud.

Reforzar con recurso humano calificado a los centros de salud, a través del otorgamiento de becas de perfeccionamiento para realizar las capacitaciones (financiamiento de Equipos de Salud del primer nivel de atención)

El desarrollo del Programa requiere de un ámbito de coordinación, articulación y consenso con las jurisdicciones y universidades, generando un sistema de cogestión entre las partes involucradas.

3.B.4 Lineamientos:

- Formación en servicio.
- Definición, desde las jurisdicciones, de población a cargo de los equipos de salud.
- Generación de proyectos jurisdiccionales (provinciales/municipales)
- Permanencia en el tiempo de equipos en un mismo efector.
- Prácticas en terreno.
- Actividades de prevención y promoción.
- Participación de la comunidad en la planificación local.
- Trabajo en equipo interdisciplinario e intersaberes.
- Constitución de redes locales.

3.B.5 La capacitación del Programa se dirige a:

Los Equipos Comunitarios, conformados por profesionales y no profesionales de la salud, con diferentes perfiles, como Trabajadores Sociales, Enfermeros Profesionales y Auxiliares de Enfermería, Odontólogos, Psicólogos, Nutricionistas, Agentes Sanitarios y Agentes Sanitarios Indígenas, Médicos (vinculados al Primer Nivel de Atención, como Generalistas, Clínicos, Pediatras, Toco ginecólogos; Obstetras), entre otros.

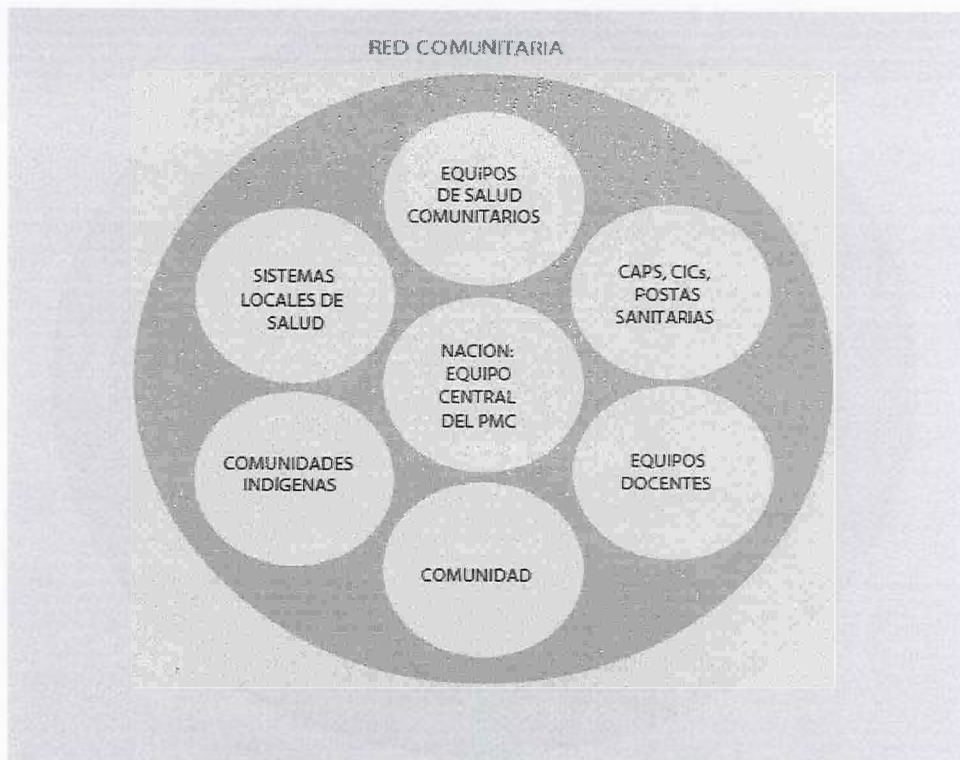


Gráfico: integrantes del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Interrelaciones.

El Programa, como se menciona anteriormente, ofrece becas de formación y de ayuda económica (comunitarios rentados). Para aquellos profesionales y no profesionales que ya se encuentren trabajando en el primer nivel de Atención, y así lo deseen, se les ofrece la posibilidad de realizar la capacitación, sin percibir una beca de ayuda económica (comunitarios no rentados).

Los Comunitarios con beca de apoyo económico (modalidad 1, completa) deberán cumplir semanalmente con una carga horaria de 20 hs asistenciales en el centro de salud donde fueron asignados, y 10 hs en terreno, de actividades de promoción y prevención.

Existe una modalidad de media beca (modalidad 2), para profesionales y no profesionales Comunitarios que no puedan cumplir con la totalidad de la carga horaria requerida en la beca completa. Los mismos deben cumplir con la mitad de la carga horaria semanal, y perciben la mitad del importe de la beca.

El espacio de intervención de los Comunitarios que desempeñan tareas no profesionales es en la comunidad, en terreno.

Para mantener la regularidad dentro del Programa, además de cumplir con las exigencias académicas de la capacitación, los comunitarios deben cumplir la totalidad de la carga horaria seleccionada en un único efector de salud del primer nivel y su área programática: no se pueden trasladar a otros efectores, no deben realizar guardias, no deben rotar entre distintos efectores, no están obligados a participar de operativos fuera de su área programática. Toda solicitud de cambios o propuestas se presenta al PMC-Nación y debe contar con la aprobación para poder efectivizarse. En caso contrario, se considera incumplimiento.

3.B.6 Actividades desarrolladas por el Equipo Comunitario:

- ❖ Fase Diagnóstica , de Georreferenciamiento y de Evaluación de Resultados: Uso de datos secundarios y producción de datos primarios de población del área programática. Trabajo con indicadores.
- ❖ Asistencial: Atención de turnos programados, demanda espontánea, entre otros.
- ❖ Prevención: Inmunizaciones, control de embarazo y niño sano, salud sexual y bucal, violencia, uso nocivo de alcohol, entre otros.
- ❖ Promoción de la Salud: Cuidado del ambiente, hábitos saludables, salud sexual y procreación responsable, entre otros.
- ❖ Gestión de Programas (todos los niveles jurisdiccionales): Implementación, a nivel local, de distintos programas de salud vinculados a la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

3.B.7 Área de Salud Indígena:

Dentro del Programa se encuentra el Área de Salud indígena, consolidada mediante resolución 439/11¹⁶ . El objetivo de la misma es promover la inclusión de recursos humanos provenientes de comunidades indígenas dentro de los equipos de salud de las provincias donde de asientan los pueblos originarios. La estrategia de trabajo del Área de Salud Indígena se fundamenta en la participación de las Comunidades Indígenas, a través de sus Organizaciones y Autoridades, según lo establecen las leyes nacionales y los Convenios Internacionales firmados por nuestro país. En los mismos se establece el compromiso de realizar consultas previas, libres e informadas a dichas Comunidades sobre toda intervención sanitaria que afecte la forma de vida de la misma. A su vez, todos los Agentes Sanitarios Indígenas del PMC son designados de acuerdo a las propuestas de las Comunidades y Organizaciones Indígenas, siendo estos a su vez miembros de las mismas. El propósito es garantizar la accesibilidad, la calidad de la atención y la activa participación de las comunidades.

Hoy el PMC cuenta con 800 Agentes Sanitarios Indígenas en todo el país.

¹⁶ Resolución de consolidación del área de Salud Indígena, 439/11

Objetivos específicos del Área de Salud Indígena:

- Incorporar Agentes Sanitarios Indígenas a los Equipos de Salud. Garantizar que todas las Provincias con población indígena organicen equipos comunitarios para su atención.
- Instituir como lineamiento del PMC la promoción de prácticas interculturales basadas en la consulta previa, libre e informada, el reconocimiento del modo de vida, y cosmovisión de los pueblos indígenas.
- Continuar con el diálogo fluido, participativo, e intercultural, entre Nación y los representantes de los Pueblos Indígenas en el marco de la legislación nacional e internacional vigente.
- Capacitar en temáticas socio sanitarias sugeridas por las mismas comunidades.

3.B.8 Introducción a la Estrategia de Gestión-Capacitación del PMC:

Cuando se integran al Programa, los profesionales del PMC cursan el Posgrado en Salud Social y Comunitaria (PSS y C), cuya duración es de dos años. Luego, se incorporan a la Estrategia de Educación Permanente en Servicio (EPS), durante el desarrollo de la cual se capacitan en distintos ejes: Metodología de la Investigación aplicada a la Salud Social y Comunitaria; Interculturalidad en Salud; Uso nocivo de Alcohol; Género; y Problemas priorizados de Salud (Dengue, Chagas, Problemas Respiratorios, entre otros).

Respecto a los trabajadores que desempeñan tareas no profesionales, comienzan con el Curso en Salud Social y Comunitaria (CSS y C), cuya duración es de un año, y al finalizarlo también se integran a la EPS. Las dos estrategias de capacitación del PMC (Salud Social y Comunitaria y Educación Permanente en Servicio) responden a objetivos complementarios y se abordan en cogestión con facultades públicas y privadas y con las respectivas jurisdicciones.

Por un lado, la capacitación en Salud Social y Comunitaria (Curso y Posgrado) para profesionales y no profesionales brinda herramientas conceptuales no contempladas en las currículas de grado en salud pública y ciencias sociales y, tampoco, en las eventuales

instancias de formación locales para trabajadores no profesionales del primer nivel que suelen

brindar las jurisdicciones.

De tal modo, las temáticas abordadas en las líneas de capacitación en SS y C (prevención y promoción de la salud; participación de la comunidad en el cuidado de la salud; trabajo en equipo, redes e intersectorialidad; relación salud-ambiente; entre otras) buscan dar cumplimiento al objetivo central del PMC: fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud adecuando e incluyendo nuevos recursos humanos en el Primer Nivel de Atención.

Por otra parte, la Estrategia de Educación Permanente en Servicio busca brindar a los Equipos Comunitarios ya constituidos nuevas herramientas conceptuales y actitudinales, que se complementan con las anteriores, vinculadas a la coyuntura sanitaria, la realidad local y a complejas problemáticas sociales en directa relación con la salud de la población.

El Rrhh Comunitario se capacita en promoción y prevención de la Salud, prevención de Enfermedades, Interacción entre Salud y Ambiente, participación de la comunidad en el cuidado de la salud, programación local y proyectos de salud, trabajo en equipo, articulación del trabajo en redes, siendo estos los pilares del Programa.

3.B.9 El Curso y el Posgrado

Se dictan con módulos impresos, clases mensuales presenciales (cuatro hs de duración aproximadamente), tutoras grupales semanales y/o quincenales (dos hs de duración aproximadamente), centradas en el trabajo sobre las actividades planteadas en los módulos y/o en el análisis de las practicas del equipo.

Curso en Salud Social y Comunitaria

Surge en 2009, como una iniciativa de capacitación para integrantes de Equipos de Salud que no desempeñan tareas profesionales (Agentes Sanitarios, Agentes Sanitarios Indígenas, Auxiliares de Enfermería y Administrativos)

El Curso en Salud Social y Comunitaria, cuya duración es de un año, tiene como propósito colaborar en la plena integración de los Equipos de Salud que trabajan en el Primer Nivel de Atención. Es por ello que con la implementación de esta línea de capacitación se espera:

- Garantizar un encuentro quincenal de los cursantes en el Efecto para compartir e intercambiar información acerca de las actividades propuestas por el material del Curso.

- Brindar a todos los integrantes del Equipo el debido acceso al conocimiento.
- Contribuir a la conformación de Equipos de Salud comprometidos con los objetivos de participación comunitaria y fortalecimiento de la estrategia de APS en el Primer Nivel.
- Transformar las practicas sanitarias y consolidar un modelo integral y participativo de atención.

Módulos del Curso en Salud Social y Comunitaria:

Modulo Preliminar: Curso en Salud Social y Comunitaria

Modulo N° 1. Salud y Sociedad

Modulo N° 2: Herramientas de Epidemiologia

Modulo N° 3: Diálogos entre el Ambiente y la Salud

Modulo N° 4: Trabajo en Equipo, Redes y Participación

Posgrado en Salud Social y Comunitaria

En marcha desde el año 2005, es un Posgrado dirigido a profesionales que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención a lo largo y a lo ancho del país. Se trata de una currícula diseñada por el Programa y desarrollada, mediante convenios, por Universidades Nacionales publicas y privadas que tienen Carreras de Medicina y/o de Ciencias de la Salud, cuya duración es de 2 años. Desde el punto de vista de los contenidos, constituye una propuesta de formación inédita, se pues apunta a dar visibilidad y fortalecer la concepción del trabajo en el primer nivel de atención en salud como campo específico, con cualidades, propósitos y estrategias propias, dentro del sistema publico de salud. El Posgrado cuenta con la acreditación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) para la "Especialidad en Salud Social y Comunitaria", en las Universidades que la han gestionado.

Módulos del Posgrado en Salud Social y Comunitaria:

Modulo N° 1: Salud y Sociedad

Modulo N° 2: Epidemiología

Modulo N° 3: Salud y Ambiente

Modulo N° 4: Herramientas para la Planificación y Programación local

Modulo N° 5: Políticas de Salud

Modulo N° 6: Sistemas de Información de Salud

Modulo N° 7: Salud y Participación Comunitaria

Modulo N° 8: Trabajo en Equipo de Salud

Modulo N° 9: Salud y Redes

Modulo N° 10 A: Problemas Sociales de Salud Prevalentes

Modulo N° 10 B: Problemas Sociales de Salud Prevalentes

3.B.10 Objetivos de la Estrategia de Educación Permanente en Servicio (EPS)

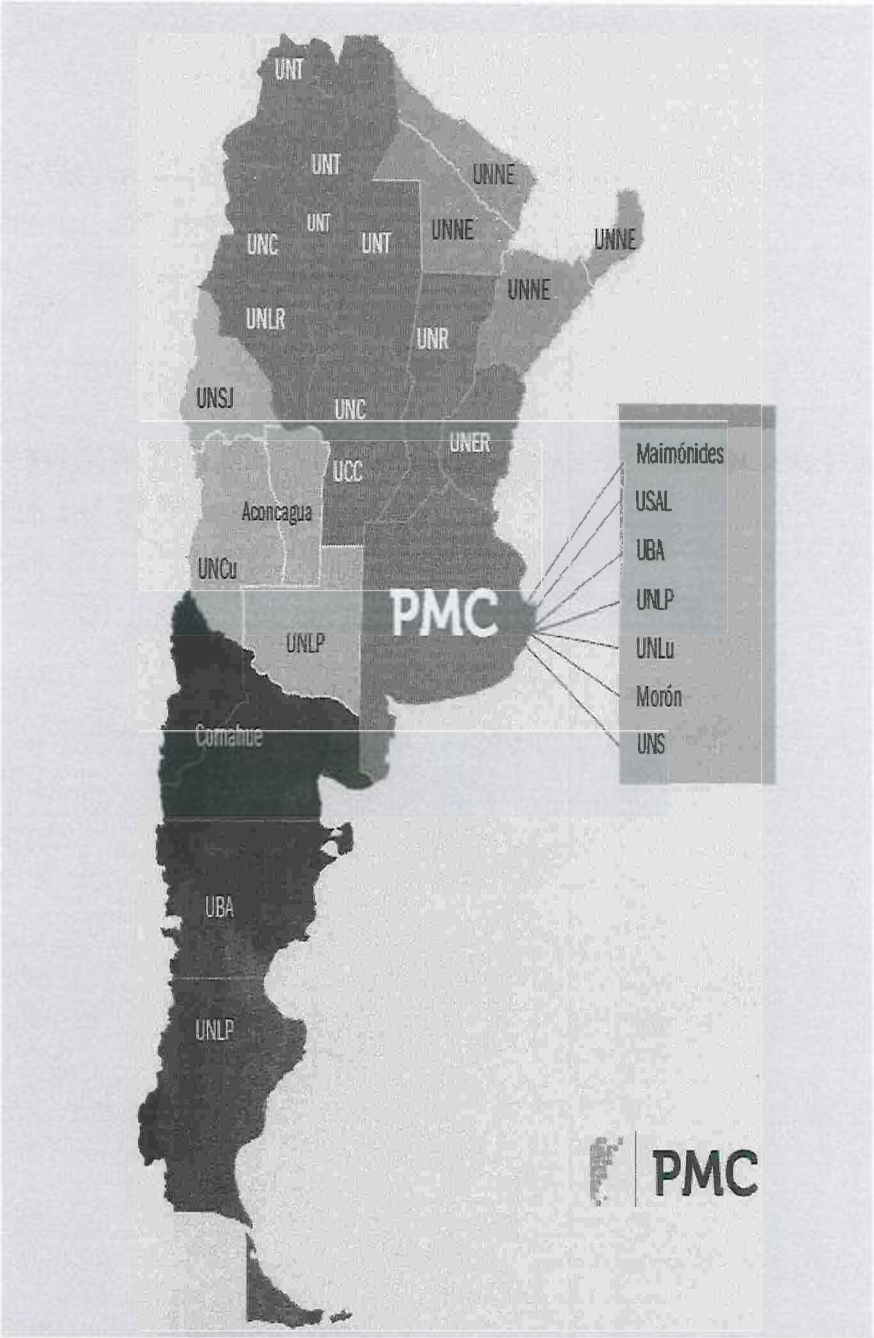
La estrategia de Educación Permanente en Servicio (EPS) facilita a los miembros de los Equipos Comunitarios (profesionales y no profesionales) la articulación entre teoría y práctica, integrando las herramientas conceptuales adquiridas en la formación en Salud Social y Comunitaria a las que se ofrecen en este nuevo proceso de capacitación. El aprendizaje se consolida en el ámbito laboral y en la práctica interdisciplinaria del equipo, que trabaja con y para la comunidad. Por ello, la EPS busca:

- Dar continuidad a los integrantes de los Equipos de Salud en los efectores donde se capacitaron
- Articular los lineamientos del enfoque social y comunitario de la salud con los emanados de la política sanitaria nacional, provincial, y local, estableciendo un diálogo entre las diversas estrategias de gestión (implementación de programas vinculados a la APS existentes en todos los niveles jurisdiccionales)
- Afianzar el trabajo en equipo de los profesionales y no profesionales. Sostener la conformación de Equipos Comunitarios Interdisciplinarios e Intersaberes. Abordar integralmente los problemas de salud complejos y multidimensionales.

Módulos de Educación Permanente en Servicio:

- ✓ **Interculturalidad**
- ✓ **Uso Nocivo de Alcohol**
- ✓ **Violencia Sobre las Mujeres**

3.B.11 Distribución geográfica de las Universidades bajo Programa en el país:



3.B.12 Estructura Docente:



Esta estructura se implementa en cada una de las Universidades. En aquellas Universidades que tienen a su cargo la capacitación de comunitarios de varias Provincias, existe un Coordinador Docente y de Facilitadores/as por jurisdicción.

Las misma esta conformada por:

- ✓ Director/a de EPS (Universidad). Director/a del Curso (Universidad). Director de Posgrado (Universidad)
- ✓ Coordinador/a Docente del PSS y C (Universidad)
- ✓ Coordinador/a Docente del CSS y C (Universidad)
- ✓ Coordinador/a de Facilitadores/as (Universidad)
- ✓ Facilitador/as en Terreno. Acompañan EPS+ Curso+ Posgrado

3.B. 13 La figura del /la Facilitador/a:

Se constituye para acompañar a todos los integrantes del Equipo, profesionales u no profesionales, en el tránsito por las distintas líneas de capacitación en servicio del PMC y en el desempeño laboral, en el efector y en terreno.

Su contacto con los comunitarios se realiza a través de una reunión semanal o quincenal de al menos dos hs de duración con todos los integrantes, profesionales y no profesionales de los Equipos Comunitarios a su cargo.

Para atender esta doble función se propone dividir el tiempo de trabajo con los Equipos Comunitarios en dos momentos:

- ✓ Un primer momento de trabajo con todo el Equipo Comunitario del centro, y/o con todo el Equipo del centro que quiera sumarse al trabajo compartido, cuyo objetivo es la revisión de los lineamientos de la tarea y la reflexión sobre las prácticas, con la ayuda de todos los materiales disponibles en el centro (materiales de Educación Permanente en Servicio publicados por el PMC, materiales de los programas nacionales y/o provinciales y/o jurisdiccionales que funcionan en el efector y todo otro recurso de utilidad)
- ✓ Un segundo momento con aquellos profesionales y no profesionales que se encuentran cursando el Posgrado en Salud Social y Comunitaria y/o el Curso en Salud Social y Comunitaria, destinado a la mediación, facilitación y/o seguimiento del desarrollo de contenidos y las actividades a realizar.

Las principales tareas del Facilitador/a son:

En el primer momento de la reunión (con todo el Equipo Comunitario y/o todo el Equipo del centro) la tarea del facilitador se describe como acompañar el trabajo del equipo en el efector a través de la reflexión acerca de las prácticas, el análisis de las situaciones de salud, los proyectos de trabajo y/o campañas en curso, los obstáculos en el desarrollo de líneas de trabajo, así como también, la mirada sobre los logros y resultados alcanzados. Es decir, incluye:

- Propiciar la reflexión respecto a la cobertura de las necesidades de la salud de la población.
- Impulsar el desarrollo del diagnóstico, planificación y evaluación de los proyectos locales de salud.

- Acompañar la confección y seguimiento de los indicadores socio sanitarios (en base a datos primarios y secundarios recabados en la fase diagnóstica y en la evaluación)
- Promover la participación de la comunidad en el desarrollo de los proyectos locales de salud implementados.
- Estimular el trabajo en equipo interdisciplinario e intersaberes y la constitución de redes locales.
- Proponer la lectura y utilización de los materiales de Educación Permanente en Servicio (EPS) publicados por el Programa.
- Articular y promover la implementación de los Programas Nacionales, Provinciales y Locales vinculados a la Atención Primaria de las Salud (APS) en cada efector.

En el segundo momento de la reunión con los profesionales que se encuentran cursando el Posgrado en Salud Social y Comunitaria y/o los no profesionales que se encuentran cursando el Curso en Salud Social y Comunitaria, debe abordar los materiales y actividades del Posgrado y/o Curso en Salud Social y Comunitaria, según los cronogramas de los módulos que se están desarrollando.

Tarea del Facilitador en EPS:

- Fortalecer los ejes de la estrategia en APS
- Acompañar a los equipos en la implementación de las herramientas desarrolladas: primacía de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, conformación de equipos interdisciplinarios
- Garantizar el diálogo entre los lineamientos del enfoque en salud social y comunitaria y las diversas estrategias de gestión jurisdiccional
- Promover el abordaje integral y multidimensional de los problemas de salud complejos y la articulación con otros programas y/o redes en la resolución de los problemas de salud de la comunidad
- Impulsar y seguir la formulación e implementación de los proyectos locales participativos de salud

3.B.14 Articulaciones Institucionales del Programa:

Comparte estrategias y lineamientos con diversas Áreas del MSAL y otros organismos de Gobierno. Con estos equipos de trabajo articula intervenciones conjuntas para la formación de los recursos humanos en temáticas específicas y adecuadas para la implementación conjunta de prácticas de gestión, que den solución a problemáticas específicas de salud de la población.

El Equipo Central del PMC procura el fortalecimiento de estos lazos, con la plena convicción de que la continua suma de esfuerzos, revitaliza las prácticas de gestión y capacitación para el fortalecimiento de la estrategia de APS.

Acompañamientos en territorio, campañas de vacunación, seguimiento en acciones de prevención junto a:

- Dirección de Maternidad e Infancia
- Programa Unidades Móviles Sanitarias (UNAMOS)
- Plan de lucha contra el Dengue
- Programa de Control de Chagas
- Programa Nacional de Inmunizaciones
- RENATEA
- SEDRONAR.
- Remediar + Redes
- Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables
- Cuenca Matanza Riachuelo
- Plan Nacer – SUMAR
- Programa Cuidarse en Salud
- Proyecto CICs
- Instituto Nacional de Asuntos Indígenas
- UNICEF
- Organización Panamericana de la Salud

- Plan de Contingencia de Cólera
- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino
- Proyecto Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP con Salud Indígena)
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol
- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.

3.B.15 Historia del PMC, desde sus comienzos hasta la actualidad:

13 de Septiembre 2004: Resolución oficial del Programa Médicos Comunitarios, N 915/2004

Año 2004: Octubre, Primera Convocatoria. Solo para profesionales médicos. Ingresan 1224 Médicos, en 22 provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La Convocatoria fue abierta, con los siguientes requisitos:

Se requiere especialidad clínica, medicina familiar, generalistas, toco ginecólogos y pediatras. Dos años como mínimo de experiencia en APS. Disponibilidad horaria para realizar el PSS y C, y las actividades en el centro de salud y comunitarias.

Año 2005: Marzo, inicio del Posgrado (PSS y C)

Octubre 2005: Segunda Convocatoria del Programa. Ingresan 1786 personas, incorporándose, además de médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Obstétricas y Enfermeros

Junio: Primer llamado para la incorporación de profesionales al subprograma de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Ingresaron dieciséis equipos interdisciplinarios de seis integrantes cada uno, destinados a insertarse en comunidades predeterminadas por región.

En el mismo mes se realiza el Primer Encuentro Nacional del Posgrado en Salud Social y Comunitaria (Provincia de Tucumán)

En el transcurso del año 2005 se realizan doce encuentros de comunitarios en todo el país.

Año 2006: Primera impresión de la Revista **El Comunitario**, para ser distribuida a todo el Rrrhh bajo Programa.

Junio: Segundo Encuentro Nacional de Salud Social y Comunitaria. (Ciudad de Mar del Plata)

Julio: Tercera Convocatoria del Programa. Ingresan 889 profesionales a CICS (Centros Integradores Comunitarios, en acuerdo con el Ministerio de Desarrollo Social), incorporándose además odontólogos y nutricionistas. Julio/Agosto: Se realiza el Primer intercambio de Comunitarios. Se logran intercambiar experiencias de gestión, actividades de prevención y promoción, y estrategias de articulación utilizadas con organizaciones de la comunidad vinculadas al Programa.

En el mes de Noviembre se realiza el Primer Congreso Nacional de Salud Social y Comunitaria.

Año 2007: Se realiza el Segundo Intercambio de comunitarios.

Marzo: Cuarta Convocatoria del Programa. Ingresan 114 Comunitarios.

En ese mismo mes se entregaron los Diplomas en Casa Rosada a los primeros egresados del Posgrado (Primera cohorte)

En Julio se lanza el **Curso de Metodología de la Investigación**, para profesionales que hayan concluido el Posgrado. La duración del mismo era de un año, e implicó la posibilidad de investigar en APS a nivel local, con el acompañamiento de la Universidad y el financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación.

Agosto: Tercer Encuentro Nacional de Salud Social y Comunitaria. (Provincia de Córdoba)

Año 2008: Entre enero y Abril se formalizan los Convenios de Educación Permanente en Servicio, para los egresados del Posgrado y Metodología de la Investigación, que permanecieran bajo Programa (Ministerio de Salud de la Nación, Provincias, Universidades y Comunitarios. A EPS también se la denominó Tercera Etapa del Programa.

Febrero/Marzo: Se permite a los Comunitarios integrarse a los Equipos del Tren de Desarrollo Social y Sanitario.

Julio: Se firma la resolución 118, donde el Programa se modifica conformando el **Programa de Salud Familiar**.

Agosto: Quinta convocatoria del Programa. Ingresan 1060 Comunitarios.

Año 2009: Se incorporan Agentes Sanitarios a los Equipos de Salud.

Junio: Se crea el **Área de Salud Indígena** con el propósito de fortalecer la perspectiva de interculturalidad en salud.

Julio: se dicta la resolución con el cambio de nombre: **Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención**.

Noviembre: Encuentro Nacional de Promoción de la Salud, El recorrido para Encontrarnos.

Año 2010: En junio se realiza el lanzamiento de la Primera Cohorte del **Curso en Salud Social y Comunitaria** (CSS y C)

Sexta Convocatoria del Programa.

En el transcurso de ese año se realizan diez encuentros de Comunitarios en todo el país.

Año 2011: La resolución 439/11 consolida oficialmente el **Área de Salud Indígena**.

Junio: se realiza, junto con la Dirección Nacional de Salud mental, el lanzamiento del **Primer Módulo de Educación Permanente, Uso Nocivo de Alcohol**.

Septiembre: Séptima Convocatoria del Programa, Segunda convocatoria del Curso. Ingresan 1765 Comunitarios.

Se realizan encuentros regionales con Facilitadores.

Año 2012: En Febrero, a través de la Resolución 270, el Programa pasa a depender de la **Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias**.

Septiembre: Octava Convocatoria del Programa. Ingresan 1083 Comunitarios.

Diciembre: Encuentro Nacional del Programa Médicos Comunitarios, Desafíos Comunitarios, Construyendo Nuevas Estrategias de Gestión y Capacitación.

Año 2013: En Abril se realiza la firma directa de convenios con Facilitadores.

Noviembre: Novena Convocatoria del Programa. Ingresan 1171 Comunitarios.

Se realiza el lanzamiento del **Segundo Módulo de Educación Permanente, Violencia sobre las Mujeres**.

En Diciembre se realiza el Encuentro Comunitario Camino hacia la integración en APS.
En el transcurso de este año se realizan seis encuentros de capacitación para Agentes Sanitarios indígenas.

Año 2014: En marzo se conforman Equipos Especiales en la provincia de Chaco.

Mayo: Se realiza el Primer Encuentro Nacional de Facilitadores. Se continuaron con los encuentros de Capacitación para Agentes Sanitarios Indígenas.

Desde Agosto, y en cogestión con el **Sedronar**, ingresan comunitarios orientados a la prevención del uso nocivo de sustancias, para formar parte de las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLAS)

Noviembre: Décima Convocatoria del Programa.

En el transcurso del año se realizan Encuentros Comunitarios en las cinco regiones del país.

Año 2015: Puesta en marcha de la Décima Cohorte del Programa. Firma de convenios prorroga de EPS, facilitadores, incorporación de nuevas Universidades. Actualmente se encuentran en curso dos Cohortes del Posgrado, Novena y Décima, y la Cuarta del Curso.

3.B.16 MATRIZ FODA (un cuadro actual de situación de la implementación del Programa, a través del enunciado de sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

FORTALEZAS

- ✓ Formación en Salud Social y Comunitaria de Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Mas de **12000** profesionales y no profesionales actualmente bajo Programa, conformando **2150** Equipos de Salud en el Primer Nivel de Atención.
- ✓ **1200** Municipios bajo Programa
- ✓ **23** Jurisdicciones provinciales bajo Programa
- ✓ **19** Universidades publicas y privadas dictando el Posgrado y el Curso en Salud Social y Comunitaria
- ✓ **3400** Efectores de Salud del Primer Nivel de Atención con Comunitarios.
- ✓ **500** Facilitadores en territorio
- ✓ **10** Cohortes de profesionales (8 finalizadas) y **4** Cohortes de no profesionales (3 finalizadas)
- ✓ **2** Cohortes de profesionales y **1** Cohorte de no profesionales cursando actualmente.
- ✓ Incorporación de Rrhh comunitario a planteles provinciales/municipales de salud.

- ✓ Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en los sistemas provinciales y locales de salud.
- ✓ Conformación y consolidación de redes locales de salud integradas, consolidando sistemas de referencia y contra referencia en efectores del Primer nivel de Atención, en articulación con centros de mayor complejidad.
- ✓ Aumento de las actividades de promoción y prevención de la salud a través de los Equipos Comunitarios del Primer Nivel de Atención. Cuidado del ambiente, salud sexual y procreación responsable, entre otros.
- ✓ Implementación de un modelo de gestión por resultados, mejorando la atención en los efectores y estimulando el trabajo con indicadores (implementación de turnos programados, detección, seguimiento y búsqueda activa de poblaciones en riesgo, seguimiento de patologías crónicas, entre otros.)
- ✓ Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- ✓ Acompañamiento a los Equipos Comunitarios, con presencia Nacional, Provincial y Universitaria en terreno
- ✓ Conformación de Equipos Especiales para la atención de Comunidades Originarias, aumentando y mejorando la accesibilidad de las mismas. Son Equipos de Salud con capacitación permanente, en temáticas elegidas por agentes sanitarios de las mismas comunidades.

OPORTUNIDADES

- ✓ Aumento de la cobertura y calidad de atención en centros de salud donde ingresaron Comunitarios
- ✓ Aumento y mejora en la atención y cuidado de la salud en poblaciones de difícil acceso (gracias a Equipos de Salud itinerantes que se conformaron en algunas provincias. Son grupos interdisciplinarios de salud que realizan atención socio sanitaria a comunidades de difícil acceso)
- ✓ Recuperación del enfoque de Interculturalidad en salud, en el marco del consentimiento libre, previo e informado, mejorando el acceso al cuidado y atención de la salud de los Pueblos Originarios.
- ✓ Remoción de barreras de accesibilidad que condicionaban el acceso de la población originaria al sistema de salud.
- ✓ Aumento de la captación precoz de embarazadas
- ✓ Mayor cumplimiento de controles en niños. Seguimiento de los mismos.
- ✓ Mayor captación de patologías crónicas, Diabetes, Hipertensión arterial, entre otras. Se-

guimiento y control de los mismos.

- ✓ Mayor detección y seguimiento de desnutridos.
- ✓ Aumento de consultas programadas
- ✓ Detección, atención y seguimiento de familias en situación de riesgo.
- ✓ Prevención: Inmunizaciones, control de embarazo y niño sano, salud sexual y bucal, violencia, uso nocivo de alcohol, entre otros.
- ✓ Consolidación de un modelo integral y participativo de atención.
- ✓ Generación de proyectos locales participativos, a través de proyectos generados desde la Comunidad, con los Equipos de Salud.
- ✓ Articulación de Programas a nivel local (programas de salud vinculados a la estrategia de Atención Primaria de la Salud), mejorando su implementación, con la intervención de los Comunitarios.

DEBILIDADES

- ✓ Intensificación del modelo de gestión por resultados.
- ✓ El programa es una política de gobierno, no de estado, y su institucionalidad representa un punto mas débil, ya que si bien se prorrogan los distintos convenios, no hay aun una incorporación del Programa como una política de estado de formación de Rrhh en Salud Social y Comunitaria para la atención de la salud en el Primer Nivel de Atención.
- ✓ Necesidad de fortalecer la cogestión entre Nación, Universidades y Jurisdicciones, debilitada por intereses de las partes.
- ✓ Promover la articulación con los demás programas del Ministerio de Salud de la Nación, Provinciales y Municipales, Vinculados al Primer Nivel de Atención, a fin de optimizar recursos y obtener un mayor y mejor impacto socio sanitario.
- ✓ Financiamiento de la Etapa correspondiente a Educación Permanente en Servicio, a través de transferencias a las jurisdicciones, sin estar sujeta a resultados de desempeño ni a indicadores sanitarios
- ✓ Implementación del Programa en 23 jurisdicciones del país, sin estar incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ✓ Estados provinciales y municipales sin incorporar Rrhh capacitado en el Programa a sus plantas de personal , por cuestiones relacionadas a la capacidad de financiamiento

AMENAZAS

- ✓ Continuidad del Programa como parte de una política de salud, sostenida en el tiempo, con permanencia del Rrhh capacitado y financiado, en los centros de salud donde fueron asignados
- ✓ Al no ser una política de estado el Programa, su financiamiento y continuidad puede verse afectada, y producirse un corte en el financiamiento, con la consecuente disminución o corte en la asignación de Rrhh en el Primer Nivel de Atención, impactando directamente sobre la atención de la población que mas lo necesita, sin cubrir con la demanda.
- ✓ Lograr la Capacitación en Salud Social y Comunitaria como política publica de estado, y su reconocimiento como política educativa de formación.
- ✓ Continuar con la promoción de practicas interculturales de atención de poblaciones indígenas, basadas en la consulta previa, libre e informada, atendiendo a la legislación vigente. Continuar con el dialogo fluido, participativo, e intercultural , entre Nación y los representantes de los Pueblos Indígenas. Asegurar la asignación de Equipos Comunitarios para la atención de dichas comunidades.

4. CONCLUSIONES

A mas de diez años de Programa, inversión, articulación, y gestión, el PMC capacito mas de 12000 profesionales y no profesionales, conformando mas de 2150 Equipos Interdisciplinarios de Salud. Actualmente 23 jurisdicciones adhieren a esta política de fortalecimiento de la APS, y del Primer Nivel de Atención. Hay 19 Universidades, publicas y privadas, dictando el curso y el Posgrado en Salud Social y Comunitaria, diez Cohortes de profesionales (ocho finalizadas) y cuatro Cohortes de no profesionales (tres finalizadas). Actualmente dos cohortes de profesionales y una de no profesionales cursando. Un gran numero del Rrhh capacitado fue absorbido a los planteles de recursos humanos nacionales o de las jurisdicciones provinciales y/o municipales.

A traves de estos números, puede inferirse un crecimiento, mejoramiento y afianzamiento de la Atención Primaria en los sistemas locales de salud, con Equipos interdisciplinarios capacitados en Salud Social y Comunitaria. Estos Equipos aumentaron la capacidad resolutive y de respuesta a la demanda de los Centros de Atención Primaria donde fueron asignados, mejorando la calidad en la asistencia, promoción y prevención de la salud, además de la enseñanza de practicas saludables a la población a cargo. Entre otros logros se mencionan:

- ✓ El aumento de la captación precoz de embarazadas
- ✓ Un mayor cumplimiento de controles en niños, y seguimiento de los mismos.
- ✓ Mayor captacion y seguimeinto de patologias cronicas(Diabetes, Hipertension arterial, entre otras)

- ✓ Mayor detección y seguimiento de desnutridos.
- ✓ Detección, atención y seguimiento de familias en situación de riesgo.

El Programa fomentó la práctica de asistencia a través de turnos programados, y fortaleció el sistema de referencia y contra referencia entre los Centros de Atención Primaria de Salud y efectores de mayor complejidad de atención. (interconsultas con distintas especialidades, laboratorio, anatomopatología, diagnóstico por imágenes, partos, entre otros)

La participación comunitaria fue uno de los objetivos buscados y estimulados por el Programa, como así también el establecimiento de redes sanitarias e intersectoriales, y el afianzamiento de las ya existentes.

A través de este Programa mejoró notablemente la accesibilidad al sistema de salud, sobretodo de poblaciones vulnerables, de difícil acceso, derribando barreras, económicas, administrativas y culturales. La interculturalidad fue otro eje primordial del Programa, promoviendo prácticas interculturales basadas en la consulta previa, libre e informada, el reconocimiento del modo de vida, y cosmovisión de los pueblos indígenas

La presencia de Rrhh Comunitario en los centros de Salud actuó como un facilitador en la ejecución de otros Programas nacionales y locales, del Primer Nivel de Atención.

Para concluir, a través de esta decisión de implementación del Programa Médicos Comunitarios, el Estado puso el eje sobre las personas que trabajan a diario en el Primer Nivel de Atención, enfrentados a diario al desafío de conocer y comprender la complejidad social de los problemas de salud de la población. El sistema de salud es esencialmente un sistema conformado por personas que brindan atención a personas. Todos y cada uno de los integrantes del equipo de salud tiene un rol de una importancia única. Para lograr una transformación real de la realidad y disminuir las inequidades, un cambio que permita ofrecer soluciones a estos complejos problemas de salud, la diversidad de saberes que aporte cada persona del equipo comunitario debe integrarse conformando una verdadera red entre el equipo de salud, la comunidad y sus instituciones. Instalar cambios implica necesariamente que las personas adquieran convicciones y nuevos conocimientos que promuevan la realización de nuevas prácticas. Las verdaderas transformaciones se registran a nivel de los valores y las actitudes de las personas.¹⁷

¹⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Prologo Modulo del Posgrado en Salud Social y comunitaria.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Perrone N y Teixidó L. Estado y Salud en la Argentina.1978.
2. Dr. Ramón Carrillo Plan Sintético de Salud. 1952-1958.
3. Organización Mundial de la Salud. Constitución 1946.
4. Iván Ase, Jacinta Buriyovich La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?
5. Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador Julio 2005.
6. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Plan Federal de Salud 2004-2007 . Mayo de 2004.
7. Paganini J, Etchegoyen G, Bo A, Fredeimberg A, Matkovic G, Zelayeta A y otros. Revista Argentina de Salud Pública . Vol. 1, Nº 2. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. Marzo de 2010.
8. Ministerio de Salud de Nación, Curso Flagship sobre el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y Financiamiento Sostenible en Argentina, 2012.
9. OPS, CEPAL, PNUD, Aportes para el desarrollo humano en Argentina: el Sistema de Salud Argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Argentina, 2011.

6. ANEXOS

Anexo Nº 1: Resolución MS 915/2004, de Creación del Programa

Anexo Nº 2: Resolución de consolidación del área de Salud Indígena, 439/11

Anexo Nº 3: Convenio Beca

Anexo Nº 4: Convenio Prorroga

Anexo Nº 5: Convenio con Universidades

ANEXO N° 1

Resolución MS 915/2004, de Creación del Programa Médicos Comunitarios

Ministerio de Salud y Ambiente

SALUD PUBLICA

Resolución 915/2004

Dase por aprobado el Programa Médicos Comunitarios. Propósito, Objetivos Específicos, Estrategias, Becas, Sociedad y Salud, Epidemiología comunitaria, Políticas de Salud, Desarrollo de Sistemas de Información en Salud, Trabajo comunitario, Redes sociales, Actualización en el manejo de problemas de salud prevalentes, Salud Ambiental.

Bs. As., 13/9/2004

VISTO el Expediente N° 1-2002-11769-04-9 del registro de este Ministerio, y

CONSIDERANDO:

Que por Decreto n° 486/02 y sus posteriores prórrogas, se declaró la Emergencia Sanitaria Nacional, disponiéndose las medidas necesarias para fortalecer la Atención Primaria de la Salud, entre otras.

Que resulta necesario consolidar un modelo de atención que, priorice las acciones de prevención y promoción de la salud en forma mancomunada con la comunidad y promueva un compromiso intersectorial y en equipo, para la resolución de los problemas sanitarios de la población.

Que, por ello, es necesaria la creación del PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS, con el objeto de mejorar la calidad de la atención de los más necesitados, jerarquizando el primer nivel de atención.

Que a fin de lograr el objetivo antes enunciado se incorporan TRES MIL (3000) profesionales médicos en calidad de becarios, a los Centros de Atención Primaria que se encuentren habilitados por el PROGRAMA REMEDIAR.

Que estos becarios, recibirán capacitación en servicio, con orientación en atención primaria de la salud y medicina social.

Que, a través del PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS, se pretende disminuir las inequidades existentes, buscando ampliar la cobertura y calidad de la atención en las unidades sanitarias barriales, reforzando las actividades de promoción y prevención de la salud, el trabajo con la comunidad y fortaleciendo la formación en atención primaria de la salud y la medicina social del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención.

Que teniendo a la equidad como eje rector y respondiendo a la organización federal de nuestro país, el máximo anhelo de esta propuesta es lograr el máximo apoyo técnico y económico a las jurisdicciones locales.

Que resulta necesario dotar a los equipos de trabajo abocados a la implementación del mencionado Programa, de las herramientas necesarias y las facultades suficientes para su diseño.

Que por lo tanto resulta imprescindible conformar la Coordinación Central del PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS encargada de la preparación, encuadre y puesta en marcha del Programa en las jurisdicciones locales.

Que dicha Unidad deberá conformarse con un Coordinador General y un equipo de expertos en las áreas de administración, financiación y gestión.

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

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD Y AMBIENTE

RESUELVE:

Artículo 1º — Dase por aprobado el PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS, el que actuará en la órbita de la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS del MINISTERIO DE SALUD Y AMBIENTE.

Art. 2º — Danse por aprobados los lineamientos estratégicos que regirán las pautas emanadas del Programa creado en el artículo precedente, y que se agregan como ANEXO I y forman parte integrante de la presente.

Art. 3º — Créase en el marco del PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS, la COORDINACION CENTRAL la que deberá desarrollar las tareas preparatorias consistentes en el diseño, implementación y puesta en marcha en las distintas jurisdicciones locales, en el ámbito de la SECRETARIA DE PROGRAMAS SANITARIOS.

Art. 4º — Las jurisdicciones deberán adherirse al Programa mediante convenio que se suscribirá a tales efectos.

Art. 5º — La Coordinación Central, creada en el artículo anterior, será coordinada por la DOCTORA Da. Mariela ROSSEN (DNI Nº 18.298.081).

Art. 6º — Facúltese a la Coordinación Central a realizar las gestiones necesarias para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la presente.

Art. 7º — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — Ginés M. González García.

ANEXO I

"PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS"

Propósito

Contribuir a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud como política de estado en el marco del Plan Federal de Salud.

Objetivos específicos

1. Orientar y fortalecer la formación en APS y en Salud Social y Comunitaria, del recurso humano que trabaja en el 1er. nivel de atención, tanto de los becarios a incorporar como del RRHH preexistente, a través de una estrategia de formación.
2. Ampliar la cobertura y calidad de la atención de los CAPS reforzando con recurso humano calificado, a sus equipos de salud.
3. Fortalecer la búsqueda activa y seguimiento, por parte del equipo de salud, de las familias más vulnerables o de las situaciones de riesgo sociosanitario (indigentes, multíparas, madres adolescentes, desnutridos, poblaciones aborígenes, ancianos enfermos, discapacitados), a partir del fortalecimiento del equipo de salud del 1er. nivel.
4. Reforzar las actividades de prevención y promoción de la salud, como así también el trabajo extramuros con la comunidad, a partir del fortalecimiento del recurso humano del 1er. nivel de atención.

Estrategias

1. Implementar un **postgrado en salud social y comunitaria**, teórico y práctico en terreno, que sirva para reconvertir al recurso humano, orientando su formación a la atención primaria de la salud, resolución de problemas locales y trabajo con la comunidad.
2. Reforzar con recurso humano calificado a los CAPS, a través del otorgamiento de **becas** de perfeccionamiento para realizar un postgrado en salud social y comunitaria en servicio.

1. Becas

Se otorgarán becas de apoyo y capacitación y becas de capacitación.

A) Becas de apoyo y capacitación

Los requisitos para acceder a las becas de apoyo y capacitación son: poseer título de médico tocoginecólogo, pediatra, generalista, de familia o clínico, con residencia o concurrencia acreditada en la especialidad o título de especialista reconocido por la autoridad nacional o provincial competente.

Los becarios podrán ser profesionales nuevos o recurso humano preexistente en el CAP de alguna de las especialidades antes mencionadas.

Los profesionales a becar deberán disponer de 35 hz. semanales para sus actividades en el CAP, para lo cual no podrán presentar incompatibilidad horaria con algún trabajo provincial o municipal (declaración jurada).

En el caso de los profesionales que se encuentren desempeñando tareas en el CAP, los mismos deberán agregar a la carga horaria de 10 horas en terreno, las 35 hz. semanales correspondientes a esta modalidad de beca, de manera de no generar incompatibilidades para el desarrollo de la misma.

• Los becarios deberán realizar las siguientes actividades

1. Cumplir 35 hz. semanales que estarán distribuidas de la siguiente manera: 25 hz. Asistenciales de atención en el CAP, 10 hz. de trabajo con la comunidad (búsqueda activa, actividades en el barrio, etc.) y concurrencia a los talleres presenciales.
2. Remitir la información periódica que se requiera acerca de su área programática.
3. Realizar actividades de investigación en su área en temas de APS.
4. Realizar la capacitación de perfeccionamiento de **postgrado en medicina social y comunitaria que coordinará el Ministerio de Salud de la Nación en forma articulada con las Universidades.**
5. Insertarse en un equipo de salud de un CAP reconocido por el Remediar, realizando las actividades previstas en su plan de formación.
6. Implementar las actividades de promoción y prevención de la salud con la comunidad, en el área programática del CAP conforme al plan de formación.
7. Seguimiento y búsqueda activa de familias y situaciones de riesgo, conforme el plan de estudios.
8. Realizar tareas asistenciales en el CAP de acuerdo a su especialidad o estudio.
9. Cooperar en la programación de actividades con el resto del equipo de salud.

Cumplimentados todos los requisitos, los becarios serán preseleccionados por las provincias, para luego enviar la solicitud de beca al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y realizar la inscripción en la Universidad.

Una vez seleccionados e **incorporados** en un CAP, los becarios que reciban la beca de **apoyo y capacitación**, percibirán mensualmente el monto de beca \$ 800 o \$ 1200 (según la provincia de acuerdo a remuneraciones en APS provinciales **conforme se convenga**) que serán percibidos en concepto de **beca pecuniaria, a través del pago** que efectuará para este fin el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

B) Becas de Capacitación

Los becarios podrán ser profesionales preexistentes en el CAP que no estén comprendidos en el apartado A), **cuya situación contractual permita cumplir con las**

actividades del postgrado, lectura del material que se le suministrará y concurrencia a actividades presenciales.

Tales profesionales, recibirán la formación y el material en forma gratuita.

2. Postgrado:

La presente propuesta constituye un sistema de estudio-trabajo que prioriza la **capacitación en servicio y semi presencial**, de formación post-básica, financiado con becas. Está destinada a **profesionales integrantes del equipo de salud**, tanto becarios a incorporar por este proyecto como **profesionales preexistentes en los CAPS**, para completar, desarrollar y/o perfeccionar la formación, desplegando aptitudes específicas para el trabajo en la asistencia, prevención y promoción de la salud de la población en el primer nivel de atención, desde la estrategia de APS. La propuesta se enmarca en la concepción de optimización de la **salud comunitaria**, a partir de una mejor articulación entre los procesos de formación permanente del profesional del área de la salud y las necesidades del sistema sanitario.

Se propone el desarrollo de una formación metódica, con un plan de estudios prefijado, que establezca un recorrido de complejidad creciente.

Perfil del egresante

Una vez concluidos los dos años de la capacitación y aprobadas las instancias de evaluación, los profesionales obtendrán el certificado de asistencia y participación del postgrado en Salud Social y Comunitaria o el título que resulte reconocido, a partir de las gestiones que realice cada Universidad ante la CONEAU.

Se espera que al finalizar la formación, los participantes

- **desarrollen capacidades y aptitudes para trabajar desde la estrategia de APS**, pudiendo fundamentar sus prácticas desde la teorización de la situación de salud de la población, partiendo de la identificación de problemas y pudiendo diseñar estrategias de intervención efectivas, desde la movilización de los recursos existentes, con tecnologías adecuadas.
- **hayan abordado teórica y metodológicamente los siguientes campos: sociedad y salud, situación de salud, transformación sectorial (énfasis en el subsector público), epidemiología (énfasis en comunitaria), proceso salud - enfermedad - atención, redes de atención, planificación y gestión estratégica, formulación y evaluación de proyectos a nivel local, investigación social en salud, educación problematizadora, desarrollo de grupos operativos y equipos de salud.**
- **hayan implementado acciones de programación local con su comunidad y el resto del equipo de salud, hayan detectado y seguido a familias y situaciones de riesgo de su área programática, hayan implementado actividades tendientes a la prevención y promoción de la salud con la comunidad, hayan aumentado la cobertura y calidad de atención del CAP.**

Estructura docente:

Equipo tutorial

El equipo tutorial estará formado por un **Director de Postgrado**, un coordinador docente y tutores de campo, cuyos perfiles y tareas serán definidas en los convenios que a esos efectos se suscriban.

Se está pensando en 70 equipos tutoriales para los 3000 becarios. La contratación deberá ser flexible según la distribución geográfica de los becarios

La organización estará integrada por un equipo multidisciplinario, incorporando los distintos perfiles para la capacitación, considerando las distintas funciones de trabajo en el equipo tutorial.

La contratación del Equipo Tutorial será acordada en los convenios que en el marco del Programa se suscriban.

El equipo tutorial deberá prever canales de comunicación con los becarios según las posibilidades de equipamiento de la sede del equipo y la de los becarios: por e-mail, por fax, por teléfono, o mediante un horario para reunión. También se usará como canal de comunicación los botiquines Remediar para la distribución de material, como el caso de los módulos impresos.

Estructura del curso/modular

Se propone una **estructura modular** a desarrollar con una modalidad semipresencial (1 actividad presencial por módulo), a fin de articular la teoría y la práctica, en el abordaje de problemas concretos de las comunidades, las instituciones y las profesiones. Se considera que el conocimiento es un proceso sucesivo de acercamiento a la realidad, a través de una dialéctica permanente entre la teoría y la práctica. Al presentarse una propuesta a distancia y problematizadora, se apuesta a prácticas de aprendizaje más autónomas.

Todos los módulos tendrán un diseño, con autonomía relativa y evaluación. Cada uno tendrá un desarrollo teórico-metodológico y operativometodológico, que los hace útiles tanto para el estudio autodirigido, para servir de apoyo a la semipresencialidad, como para intervenir en su realidad de trabajo, comprometido en las prácticas de cambios, de manera que los destinatarios se conviertan en protagonistas centrales de su formación.

Se contará con un soporte escrito (uno por cada módulo) en donde se combinarán materiales originales realizados ad hoc que se podrán complementar con lecturas seleccionadas, un diseño didáctico de actividades propuestas de aplicación al trabajo específico que cada participante realiza en el efector designado, un diseño educacional que permita la autoevaluación. Las actividades en equipo de aquellos participantes que compartan un lugar de trabajo y/o la incorporación y contribución de compañeros de trabajo aunque no estén participando del curso serán alentadas. Es decir, se combina instancias a distancia, con un aprendizaje autónomo pero que incluya actividades grupales del equipo de salud, y encuentros presenciales, tutorías por correo electrónico (u otro medio) y en terreno.

Propuesta preliminar de los módulos a consensuar con las universidades.

Los módulos descriptos a continuación conforman una propuesta preliminar que deberá ser conformada por el equipo del programa y consensuadas con las Universidades quienes deberán presentar el proyecto terminado ante la CONEAU.

Módulo 1: Sociedad y Salud

Eje problemático

¿Compartimos la misma concepción de salud, de enfermedad y de atención en los equipos de Salud? ¿Cuáles son las concepciones hombre y sociedad que influyen e influyeron en el desarrollo de los procesos de Salud? ¿Cuáles son las manifestaciones culturales, institucionales y populares, que debe poder analizar e interpretar el equipo de Salud?

Objetivos

- Construir una instancia para el conocimiento, la reflexión y el debate en torno a los procesos económicos, sociales y políticos y sus relaciones recíprocas en la promoción, prevención y atención de la Salud;
- Identificar la dimensión socio-cultural en las prácticas de Salud, interpretando las manifestaciones culturales institucionalizadas y populares como medio de recuperación de la Salud y su importancia en las acciones del equipo de salud;
- Reconocer las distintas concepciones de hombre y sociedad que postularon las diferentes teorías sociales a través del tiempo en el mundo occidental y en Argentina en particular;
- Analizar, desde una perspectiva histórica, las diferencias epistemológicas que están presentes en las prácticas de Salud.

Contenidos

El campo de la Salud. La relación entre sociedad y Salud. Los distintas concepciones del proceso salud-enfermedad-atención. La construcción social de la salud en los distintos momentos históricos.

Estructura social. Población. Condiciones de vida y su impacto en la salud. Vulnerabilidad. Salud, medicina y grupos sociales. Procesos y actores sociales en la definición de problemas y políticas de salud.

La diversidad de las perspectivas formales de la Salud. Los modelos hegemónicos. Los abordajes promocionales y preventivos. La legitimación de saberes y prácticas. Las prácticas locales del cuidado de la Salud. Los distintos tipos de cura. Medicina popular y saber popular. Cultura y culturas. Curas alternativas. Convergencia entre las prácticas oficial y popular de Salud. Las Representaciones Sociales en torno a la salud. Cuerpo y lenguaje. Minorías sociales y problemáticas de salud. La visión de género y sus implicancias en el campo de la Salud. Segregación y discriminación. Ética y equidad.

Módulo 2: Epidemiología comunitaria

Eje problemático

¿Cómo conocer y analizar el perfil epidemiológico local y su estratificación en los grupos etarios y poblacionales?; ¿Cómo fortalecer el análisis del desempeño de los efectores de salud a partir del análisis epidemiológico local?; ¿Cómo mejorar la eficacia de la atención, considerando el análisis de la situación de salud?

Objetivos

- Analizar los elementos conceptuales y de metodología epidemiológica y estadística que les permitan identificar y jerarquizar los problemas de salud pública de la población, así como mejorar la calidad y oportunidad del relevamiento de la información sanitaria;
- Apoyar la toma de decisiones para la promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de los problemas de salud pública en su ámbito de responsabilidad;
- Adquirir una metodología de investigación epidemiológica que permita conocer y modificar el entorno.

Contenidos

Estructura y dinámica de la población. Indicadores demográficos. PEA. Nivel de ocupación. Pirámides poblacionales. La pobreza y sus indicadores. NBI/LP. Indigencia.

Análisis de Situación de salud. Perfil y estratificación epidemiológica. Principales indicadores de salud según grupos etáreos y sectores sociales. La morbilidad y la mortalidad. Determinantes y condicionantes.

La investigación en los estudios socio-sanitarios: fuentes de información, lógicas y técnicas. Análisis y diseño de estudios epidemiológicos. Medición y uso de la información. La participación comunitaria en las investigaciones operativas en Salud.

Utilización de la epidemiología en la planificación de APS. Análisis de modelos de aplicación de la investigación. Aplicación del Código de Enfermedades Prevalentes APS (CEPAPS). Enfoque de riesgo.

Módulo 3: Las Políticas de Salud

Eje problemático

Las políticas de Salud, ¿Cuáles son? ¿Cómo podemos integrarnos para mejorar su implementación? ¿Cuáles son los problemas prioritarios a encarar por las políticas de Salud? ¿Cómo está organizado nuestro sistema de salud?

Objetivos

- Construir un espacio para el conocimiento, la reflexión y el debate en torno a la situación actual de la Salud Pública y su devenir histórico, analizando la realidad socio -

sanitaria, los modelos de gestión y atención, en relación a la formulación y aplicación de las políticas de Salud, en Argentina y en América Latina.

- Reconocer los diferentes modelos que están presentes en el Sistema de Salud e identificar sus principales problemas.
- Conocer las políticas de salud actuales y reconocer facilitadores y obstáculos para su implementación.
- Analizar las relaciones entre políticas de Salud, la organización y el financiamiento de los Sistemas de Salud.

Contenidos

El sector salud. El Sistema de Salud en la Argentina y en América Latina. Subsectores. El subsector público, el de la seguridad social y el privado. Sus características. La construcción histórica del Sistema de Salud. La situación actual.

El papel del Estado en el sector salud. La función social del sistema de salud. La salud como derecho. Equidad. Universalidad – Focalización. El gasto en salud. Transformación sectorial. Las problemáticas de la cobertura y la calidad. Eficacia. Eficiencia. Organismos de Regulación del Estado. Control y normatización.

Plan Federal de Salud. Política de medicamentos (prescripción por nombre genérico. Programa Remediar). Seguro Materno Infantil. Programa de Salud Reproductiva. Seguros provinciales de salud. Otros programas nacionales vigentes.

La organización del sistema de salud. El hospital público. Los Centros de atención ambulatoria. Niveles de complejidad y de atención. El uso adecuado de la tecnología. Las políticas de RRHH en salud.

La estrategia de APS como una opción de las políticas de salud: Programación por necesidades. Integralidad. Redes intra e intersectoriales. Referencia y contrarreferencia. El rol de la comunidad como actor de las políticas de salud.

Módulo 4: Planificación Estratégica

Eje problemático:

¿Cómo planificar las intervenciones desde los efectores de salud para resolver problemas y necesidades de la comunidad?; ¿Cómo evaluar la eficacia de las intervenciones de los servicios locales?

Objetivos

- Comprender la necesidad del uso de la planificación en el primer nivel de atención como estrategia de intervención.
- Brindar herramientas para el análisis y revisión de la práctica desde la perspectiva de la planificación en salud.

Contenidos

La planificación estratégica: diferentes formas de abordaje. La perspectiva de planificación integral en salud. Metodología de la planificación integral estratégica en salud: planificación, ejecución y evaluación.

El punto de partida para la planificación estratégica: identificación y delimitación del problema a abordar. Momentos metodológicos de la planificación: descripción del problema; explicación del problema; construcción de la visión del programa; identificación de componentes del programa; diseño de actividades y definición de responsables; formulación de estrategias.

Evaluación de programas y proyectos en salud. Momentos de la evaluación: de la planificación, de la ejecución y de la finalización. Instrumentos para la evaluación de programas y proyectos en salud.

Programación estratégica local en salud: análisis crítico de problemas existentes.

Módulo 5: Desarrollo de Sistemas de Información en Salud

Eje problemático

¿Qué tipo de información se utiliza y valora en los servicios de salud? ¿Para qué y cómo se utiliza?; ¿Cómo potencializar el uso de la información y el monitoreo en el primer nivel de atención?

Objetivos

- Brindar herramientas para el diseño e implementación de sistemas de información para el primer nivel de atención.
- Diseñar e implementar un sistema de información para el monitoreo, evaluación y control de la gestión dentro de los CAPS.

Contenidos

El rol de la información en los servicios de salud. Sistemas de registro y procesamiento de la información en el primer nivel de atención.

Instrumentos para la recolección y registro de información: análisis de fuentes de información.

Implementación de sistemas de información para el monitoreo, evaluación y control de programas en salud. Uso del CEPAPS: codificación de enfermedades prevalentes en APS.

Módulo 6: Desarrollo de los Recursos Humanos y Trabajo en Equipo

Eje problemático

¿La calidad y capacitación del recurso humano actual puede responder a las necesidades y problemas de salud de la comunidad?; ¿Cómo desarrollar las capacidades del equipo de salud en el fortalecimiento de la atención primaria?

Objetivos

- Promover la integración de equipos de salud y la expansión de sus capacidades, en el primer nivel de atención;
- Fortalecer la reflexión y estrategias de comunicación y negociación desde su lugar en el equipo de salud;
- Reconocer la importancia de la educación permanente del equipo interdisciplinario para la calidad del servicio de salud.

Contenidos

Importancia de los recursos humanos y de las capacidades interdisciplinarias para la atención de necesidades y problemas. Integración de los aportes potenciales comunitarios. Dotación de personal. El vínculo laboral en el contexto actual en salud.

Modelos mentales y aprendizaje transformacional La capacitación y la educación permanente y en servicio como actividad estratégica para la mejora de la salud de la población.

La conformación de equipos de trabajo. Comunicación interpersonal y negociación. Construcción de la visión colectiva. Liderazgo, participación y aprendizaje continuo. El trabajo en equipo como factor de protección. Herramientas para la programación, el análisis y seguimiento de las tareas compartidas.

Sistemas de trabajo orientados a la lógica del empoderamiento. Responsabilidad del trabajo; visión y valores compartidos; consenso y poder de decisión.

Módulo 7: Trabajo comunitario

Eje problemático

¿Es posible que un equipo de salud trabaje con un modelo de atención que incluya prácticas comunitarias? ¿Qué características tienen las prácticas comunitarias en salud?

¿Cómo podemos mejorar nuestras intervenciones comunitarias?

Objetivos

- Indagar los encuadres contextuales y teóricos que explican las prácticas comunitarias en el primer nivel de atención, desde una posición crítica y superadora.
- Detectar los problemas que convergen en las prácticas comunitarias en salud pudiendo diseñar, implementar y evaluar estrategias de intervención participativas, integradoras y eficaces.

- Valoren un modelo de atención centrado en las necesidades y la participación comunitaria utilizando metodología y técnicas pertinentes.

Contenidos:

Prácticas comunitarias en salud. Su relación con las prácticas asistenciales, pedagógicas y comunicacionales. Comunidad y Salud. Población a cargo. Área de responsabilidad. El trabajo extramural. Herramientas para el conocimiento de la comunidad. El diagnóstico participativo en salud.

El sistema de necesidades humanas. Necesidades subjetivas y objetivas, obvias y no obvias, individuales y colectivas. Carencias y satisfactores. Intereses y demandas. Demanda efectiva, potencial o oculta y social. Representaciones sociales.

Salud y participación. Poder, participación y conocimiento y su relación con la Promoción de la salud. La toma de decisiones. Problemática de la exclusión y de las múltiples pobreza. Los foros comunitarios de salud. Las prioridades comunitarias. Las instituciones comunitarias. Redes comunitarias de organización social. El rol de los agentes sanitarios y los promotores de salud. Antecedentes de programas comunitarios e institucionales, logros y fracasos.

Las actividades de prevención en salud y los espacios educativos. Información y conocimiento. Los procesos de aprendizajes y construcción de conocimientos. Los saberes comunitarios. Aspectos comunicacionales en el primer nivel de atención. Herramientas para evaluar la coherencia y la comprensión de los materiales comunicacionales. Elaboración de materiales para y con la comunidad.

Módulo 8: Redes sociales

Eje problemático

¿Cuáles son las modalidades de participación que adoptamos? ¿Cuáles queremos adoptar?; ¿Cómo fortalecer el trabajo integrando actores sociales del contexto de actuación?

Objetivo

- Reconocer y fortalecer las redes como un espacio de participación, transformación y desarrollo comunitario.

Contenidos

Concepto de red. Redes formales e informales. Construcción y fortalecimiento de redes. Dinámica del trabajo en red. Diferenciación de roles. Promoción del trabajo en redes. Posibilidades de transformación e intervención comunitaria. Intervención por medio de redes en contextos de crisis. Experiencias concretas de trabajo en redes.

Módulo 9: Actualización en el manejo de problemas de salud prevalentes

Eje Problemático

Considerando el perfil epidemiológico local y más allá de cualquier Especialización, ¿cómo actuar ante los problemas prevalentes de salud, favoreciendo una intervención eficaz, integral y con calidad de trato humano por parte del equipo de salud?. ¿Cómo actuar preventivamente y ejercer una vigilancia de la salud comunitaria?

Objetivos

- Desarrollar estrategias de diagnóstico integral y oportuno de los problemas de salud prevalentes del niño/niña, adolescente, mujer, varón y del anciano;
- Actualizar y fortalecer las acciones de tratamiento y seguimiento de los problemas de salud de los individuos y grupos, integrando al equipo de salud;
- Planificar las acciones de atención y prevención de la salud de individuos y comunidad;
- Ejercer la vigilancia y notificación oportuna de los problemas de salud

Contenidos

La salud del niño/niña: el niño sano. El valor de las acciones preventivas y programadas de salud. Situación nutricional en la infancia. Determinante de la desnutrición. Enfermedades diarreicas. Enfermedades inmunoprevenibles. Enfermedades emergentes. Magnitud del problema. Necesidad e importancia de vigilancia de las enfermedades infecciosas. El maltrato infantil: conceptualización, indicadores mínimos, formas de maltrato, accidentes y lesiones. Los derechos del niño/niña. Estrategias de prevención individuales y grupales; redes de contención y tratamiento; el trabajo en equipo e interdisciplinario como herramienta de abordaje de este problema de salud social. El abuso sexual en la infancia. Magnitud en el primer nivel de atención. Legislación y responsabilidad del equipo de salud. El trabajo infantil como problema de salud emergente. Normas de atención nacionales.

La salud del adolescente: obstáculos para la inclusión en el sistema de salud. Estigmatización del adolescente y su implicancia en la salud. Adolescencia y sexualidad. Las niñas-mamás: ¿es un problema de salud? Determinantes socioculturales. La presencia-ausencia de proyectos en la adolescencia. Deserción escolar. Consumo excesivo de sustancias, alcohol, ITS y SIDA. Desnutrición y TBC. Capacitación y trabajo en equipo para abordar estas problemáticas. Prevención de accidentes. Indicadores de detección de conductas de riesgo. Violencia contra el adolescente: familiar, institucional y social. Accidentes y Lesiones. Accidentes de tránsito. Inmunizaciones.

La salud de la mujer y del varón adultos: Género y salud. Derechos humanos. Género y sexualidad. Cambio de rol del varón y su incidencia en salud. Salud reproductiva. Anticoncepción. Morbilidad por problemas de embarazo, parto y puerperio. Aborto y sus complicaciones. Cáncer génito mamario.

La salud mental comunitaria. Violencia doméstica: conceptualización. Magnitud del problema. Desocupación. Factores psicosociales. Alergias. Hábitos y estilo de vida. Consumo excesivo de alcohol. Tabaquismo. Enfermedades cardiovasculares. HTA.

Enfermedades ocupacionales. Inmunizaciones. Obstáculos para la accesibilidad a la atención. Normas nacionales de atención.

La salud del anciano. Salud y seguridad social. Ancianidad, salud y familia. Factores psicosociales. Obstáculos para la accesibilidad a la atención. Atención a las problemáticas de salud de los ancianos.

Notificación eficiente y oportuna de los eventos de enfermedad, accidentes y lesiones. Utilización de registros. Utilización y adaptación de normas de atención.

Módulo 10: Salud Ambiental

Eje problemático

¿Cómo desarrollar estrategias y acciones integradas para la mejora de la calidad del medio ambiente y la protección de la salud en ámbitos urbanos, periurbanos y rurales?
¿Cómo prevenir los riesgos y promover la participación comunitaria en la conservación de la salud y el desarrollo local sostenible?

Objetivos

- Analizar de modo integral las problemáticas del medio ambiente y su incidencia en las condiciones de salud comunitaria;
- Contribuir al desarrollo de acciones tendientes a mejorar las condiciones de vida, dentro de una visión sectorial e intersectorial;
- Promover la participación comunitaria en la mejora de la calidad del medio ambiente, las condiciones de su hábitat y la salud comunitaria.

Contenidos

Tendencias actuales de los cambios sociales y su relación con el medio ambiente. Estructura y dinámica de población. Urbanización y ruralidad. Desarrollo económico. Industrialización y competencia por la tierra. Pobreza e inequidad. Pautas de producción y consumo.

Medio ambiente y calidad ambiental. Exposición y riesgos. Contaminación del aire.

Residuos domésticos: excretas y residuos sólidos. Métodos para el tratamiento de los residuos.

Acceso al agua para consumo humano. Contaminación del agua y riesgos para la salud. Métodos para el tratamiento, clarificación y almacenamiento del agua.

Riesgos biológicos de los alimentos. Métodos de conservación de alimentos. El suelo. La vivienda. Hacinamiento. Hacia viviendas saludables. Saneamiento ambiental.

Planificación local, salud comunitaria y desarrollo sostenible. Participación de la comunidad.

Evaluación de la capacitación

Se realizará en cada módulo a través de un trabajo de aplicación a la realidad de cada participante en la lógica estudio-trabajo. La promoción del Curso completo requiere la presentación y aprobación de dos trabajos integradores finales (uno al finalizar cada año), que consiste en una propuesta integral de desarrollo de su campo de trabajo y en donde se apliquen los diferentes contenidos y metodologías planteadas durante el Curso.

Implementación

Gestión del Proyecto

Conformación de un equipo central:

Este equipo conformado deberá terminar de definir los aspectos operativos del proyecto a fin de ponerlo en marcha. Deberá gestionar toda su implementación (diseño de los convenios respectivos; diseño de los contenidos de los módulos de capacitación junto a las universidades; capacitación a los equipos tutoriales, articulación de actividades con las provincias, municipios y las Universidades, evaluación de los perfiles de los profesionales a becar e implementación y seguimiento de todas las actividades que requiera el proyecto).

Gestión provincial:

En cada provincia se deberá conformar una comisión de gestión y acompañamiento del proyecto. Esta comisión estará integrada por el responsable de APS (o quien tenga a su cargo los CAPS), el responsable de RRHH, el referente provincial del Remediar (si fuera otra persona a las anteriores), debiendo también invitarse a un representante de las Universidades y uno del Colegio Médico, para el caso de aquellas provincias en donde co-existieran las dos instituciones. Esta comisión deberá tener un coordinador que será el responsable del programa ante Nación.

Esta comisión, realizará la preselección de los becarios a incorporar, se encargará de enviar la información al Ministerio de Salud de la Nación, enviará la información a las Universidades para la inscripción de los becarios al postgrado, realizará el seguimiento de los equipos tutoriales junto al Ministerio y monitoreará todo el proceso.

Gestión de las universidades involucradas

Las Universidades serán las responsables de coordinar la capacitación: seleccionarán y contratarán a los coordinadores docentes, contratarán a los tutores en terreno con la aprobación del Ministerio de Salud de la Nación en acuerdo con las provincias, organizarán las actividades presenciales y realizarán la evaluación de los trabajos de los alumnos. Otorgarán el título de postgrado en salud social y comunitaria o **el que resulte reconocido conforme las gestiones que realice cada Universidad ante la CONEAU.**

Las Universidades deberán administrar los fondos que el Ministerio les transfiera para realizar los pagos de honorarios de los miembros de los equipos tutoriales y los gastos que le demande la ejecución del proyecto.

Convenios

Para la gestión:

Se efectuarán Convenios de gestión entre la Nación y las Provincias estipulando: perfiles del recurso humano a otorgar las becas, criterios de distribución del mismo, actividades a cumplimentar por ambas partes, seguimiento y monitoreo

Para la capacitación:

Se efectuarán convenios con las Universidades, quienes otorgarán el título de postgrado en Salud Social y Comunitaria o el título que resulte reconocido conforme las gestiones que realice cada Universidad ante la CONEAU.

Monto y forma de otorgamiento de beca

1. El monto de las becas de apoyo y capacitación será de \$ 800/mes o \$ 1.200 de acuerdo a las necesidades provinciales en el 1er. nivel de atención. Los fondos los aportará el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y los pagos se otorgarán a partir de la creación de una cuenta especial en el Banco Nación a partir de la cual se le abrirán cajas de ahorro a cada becario. En estos casos, la beca incluirá la actividad de capacitación y material en forma gratuita.
2. En los casos de becas de capacitación la NACION otorgará la capacitación y el material en forma gratuita

Distribución de los becarios

De acuerdo al índice de distribución construido a los efectos de este proyecto (se adjunta en anexo), cada provincia contará con un número definido de becarios totales a financiar (se suman a la distribución los médicos del programa de médicos de cabecera).

La distribución de los becarios dentro de la provincia deberá tener en cuenta dos criterios:

- Incorporarlos en CAPS donde esté funcionando el Remediar.

(Si a lo largo del proyecto hubiese incorporación al Remediar de nuevos centros, éstos podrán también recibir a becarios como parte de su equipo de salud).

- Dichos CAPS deberán ser preferentemente de municipios o departamentos con alta cantidad de población sin cobertura y malos indicadores de salud (mortalidad infantil). Esto implica que los becarios no deberán estar dispersos en toda la provincia y deberán concentrarse en dichos departamentos o municipios.

Equipos interdisciplinarios de acción especial

De los 3000 becarios a incorporarse en este proyecto, 2800 serán distribuidos en las provincias con la modalidad anteriormente explicitada y 200 dependerán directamente de este Ministerio y de Desarrollo social para conformar equipos interdisciplinarios que

realizarán su capacitación pero trabajarán especialmente con las comunidades de mayor riesgo (aborígenes, poblaciones marginales suburbanas, etc.) y/o con situaciones de emergencia socio-sanitaria.

Los becarios que conformarán estos equipos podrán ser médicos (pediatra, tocoginecólogo, generalista, de familia o clínicos) obstétrica, licenciado/a en enfermería y/o enfermero universitario y/o enfermero profesional, nutricionista, psicólogo o asistente social con título y matrícula habilitante.

Fases y etapas de la implementación

Fase 1: Incorporación de los primeros 2000 becarios

Fase 2: Incorporación de los 1000 becarios restantes

Fase 1

1er. etapa: incorporación de 2000 becarios a los CAP (1ro. de octubre de 2004).

Simultáneamente al diseño de acuerdos con las universidades y firmas de convenio con las mismas por parte del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, como así también diseño de acuerdos y convenios con las provincias, deberán implementarse los siguientes pasos:

- Definición en cada provincia de los departamentos o municipios a los que se incorporarán los becarios (antes del 15 de agosto).
- Definición de los CAPS involucrados en cada departamento o municipio definido (agosto).
- Llamado nacional a los profesionales para la inscripción aclarando el lugar de inscripción en cada provincia y número de teléfono para consultar. Las provincias podrán reforzar este llamado nacional localmente (fines de agosto hasta 15 de septiembre).
- Selección de los inscriptos por parte de la comisión provincial verificando que cumplan los requisitos (los que se inscriban deberán llevar título original y fotocopia certificada del título, dos fotocopias del DNI 1ra. y 2da. hoja, fotocopia del certificado de especialista o de la concurrencia o residencia realizada) (simultáneo a la inscripción).
- Inscripción posterior en las Universidades de cada becario aceptado (se evaluará la posibilidad de que este trámite esté a cargo del representante de la universidad en cada provincia, quien podrá verificar los recaudos formales (septiembre).
- Envío al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación del listado de becarios aceptados por la comisión provincial donde conste: Nombre y apellido completos, adjuntando una fotocopia del DNI 1ra. y 2da. hoja. Además cada provincia deberá enviar un listado donde figure cada becario a que CAP se incorporará y departamento o municipio al cual pertenece y hz. profesionales por especialidad de cada CAP involucrado (envío antes del 20 de septiembre).

Cada listado con el nombre y apellido de los becarios a incorporar que envíe la provincia deberá estar firmado por todos los integrantes de la comisión provincial, y ésta deberá archivar las fotocopias de los títulos para posteriores auditorías.

- Informar en cada CAP que se incorporarán los becarios al equipo para realizar el posgrado en servicio otorgando al responsable de cada CAP el nombre y apellido del becario a incorporar y la responsabilidad también de hacer su seguimiento de actividades (antes de fines de septiembre).
- Apertura de cajas de ahorro para cada becario en una cuenta del Banco Nación a cargo esto del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (octubre).
- Incorporación el 1ro. de octubre de los becarios en los CAPs designados.

2da. etapa: Inscripción de otros profesionales que realizarán la capacitación.

Pasos a implementar:

- Por cada CAP donde se incorpore un becario se ofrecerá al resto de los profesionales la inscripción a la capacitación, esto estará a cargo de la provincia (octubre).
- Inscripción de dichos profesionales y recolección de documentación, a cargo de la comisión provincial (octubre).
- Envío de los listados al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación e inscripción en las Universidades (igual que becarios) (antes del 10 de noviembre).

3er etapa: Comienzo de la capacitación

Pasos a implementar:

- En función de la cantidad de CAPs y departamentos o municipios elegidos, se definirán las cantidades de equipos tutoriales requeridos para cada provincia, por parte del Ministerio (antes de mitad de octubre).
- Selección de los equipos tutoriales (coordinadores docentes o tutores en terreno a cargo de las Universidades y provincias respectivamente, acordando la selección con este Ministerio, fundamentalmente los últimos) (2da. mitad de octubre hasta 10 de noviembre).
- Envío de listado de los miembros de los equipos tutoriales por parte de las Universidades (coordinadores docentes) y de las provincias (tutores en terreno) con nombre y apellido, CAPs que tendrán a cargo y teléfonos donde ubicarlos (antes del 15 de noviembre).
- Capacitación de los equipos tutoriales a cargo del Ministerio y Universidades (antes de fines de noviembre).
- Comienzo de la capacitación. Esto implica el envío del 1er. módulo a través de los botiquines del Remediar y el comienzo de las tutorías en terreno. (1ro. de diciembre).

4ta etapa: llamado complementario (de acuerdo a necesidad).

Esta etapa se llevará a cabo si en el 1er. Llamado quedaron muchos cupos sin ocupar y se evaluará oportunamente la incorporación en el llamado de otros perfiles para conformar los equipos interdisciplinarios especiales.

Pasos a implementar:

- Evaluación por parte de cada provincia de cuantos cupos quedaron sin ocupar efectivamente (octubre).
- Envío de información al Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación para tomar la decisión o no de realizar un segundo llamado a fines de noviembre. (Si fuera necesario realizarlo se deberán cumplir las etapas 1 a 3 de esta fase nuevamente).
- Llamado complementario (si se definiera realizarlo).

Fase 2 incorporación de 800 becarios

En esta fase podrán incorporarse 800 becarios o más si es que quedaron vacantes libres del o los llamados anteriores.

Las etapas y pasos a seguir son iguales a los anteriores.

Instrumentación de la Capacitación

Los contenidos de los módulos se prepararán desde el equipo central del Ministerio y se trabajarán en conjunto con las Universidades.

El diseño e impresión de los módulos estará a cargo del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Los módulos serán enviados en forma impresa y en CD a través de los botiquines del Remediar a todos los CAPs involucrados en la capacitación. También todo becario que posea email podrá obtener el mismo material en su correo electrónico si lo deseara. Las Universidades tendrán a su cargo las gestiones ante la CONEAU o el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

Periódicamente los tutores en terreno recorrerán los CAPs para trabajar con los equipos, los contenidos del módulo.

Por cada módulo se realizará una actividad presencial, a cargo de los coordinadores docentes y el resto del equipo tutorial. Cada equipo tutorial realizará el encuentro presencial destinado a los profesionales que están inscriptos para este postgrado y becarios de los CAPs que tiene a cargo.

Por cada módulo se realizará una evaluación que constará en la presentación de algún trabajo o realización de examen escrito, que será evaluado por los coordinadores docentes.

Al final de cada año, se realizará una evaluación a través de un trabajo integrador final.

Monitoreo

El seguimiento y evaluación del trabajo que realicen los becarios se realizará a través de las siguientes instancias:

- Información que deberán enviar en forma periódica (población área programática, desnutridos, embarazadas, familias de riesgo, etc.).
- Información que se recabe de los circuitos habituales de los programas del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Evaluación y seguimiento que realice el equipo tutorial docente con los que se reunirán para la actividad presencial mensualmente y que realizarán evaluación final cada año.
- Control social del Remediar (Cáritas y Cruz Roja) supervisarán la presencia y trabajo del RRHH becario en los CAPS a partir de las encuestas que realizan.
- Seguimiento por parte de la red de políticas sociales.

El seguimiento de los equipos tutoriales y de todo el proyecto en su conjunto se realizará por parte del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en forma coordinada con las comisiones provinciales y Universidades.

El Ministerio realizará auditorías en terreno, encuentros con los equipos tutoriales, actividades de asistencia técnica con las comisiones provinciales, etc.

Resultados esperados

1. Aumento de la cobertura y calidad de atención del área programática de cada CAP donde se reforzó el recurso humano con los becarios.
2. Aumento de la captación precoz de embarazadas y detección de familias o situaciones de riesgo.
3. Aumento de actividades de promoción y prevención con la comunidad.
4. Mejoramiento de la formación en APS del equipo de salud.

Indicadores

Resultado 1.

- a) Número de consultas.

Fuente: Hoja del Registro del CAP.

- b) Porcentaje de embarazos terminados con al menos 5 controles, vacunación antitetánica y determinación de VDRL.

Nº de HC Obstétricas cerradas en el período, con al menos 5 controles prenatales, antitetánica y VDRL x 100

Nº de Historias Clínicas Obstétricas Cerradas en el período.

Fuente: HC del CAP revisadas junto con el capacitador en servicio

Resultado 2.

a) Proporción de embarazadas con captación temprana (antes de la semana 20 de gestación).

Nº de Controles de embarazo de 1ra. vez antes de la semana 20 x100

Nº de Controles de embarazo de 1ra. vez en el período

b) Proporción de niños desnutridos identificados, de 0 a 6 años, que reciben asistencia social

Nº de niños de 0 a 6 años desnutridos en seguimiento que concurren a comedor o reciben alimentos x 100

Nº de niños de 0 a 6 años desnutridos en seguimiento

Fuente: Resumen a partir de historias clínicas y fichero cronológico, enviadas por el becario y supervisadas por el referente.

Resultado 3

a) Contar con un diagnóstico de la situación de salud de la población residente en el área de responsabilidad, que incluya:

- Caracterización del perfil epidemiológico y los grupos de riesgo
- Relevamiento de actores sociales (escuelas, jardines de infantes, comedores, ONGs, iglesias, sociedades de fomento, etc.).
- Recursos y programas en desarrollo en el área de influencia

a) Planificación de actividades en terreno y con la comunidad que incluya temática, población objetivo y cronograma.

b) Avance periódico de las actividades planificadas

Nº de actividades en terreno planificadas y cumplidas x 100

Nº de actividades en terreno planificadas

Fuente: Informe a desarrollar por el becario y evaluado por el referente

Resultado 4

Experiencias o actividades implementadas en el área programática del becario, relacionadas con:

-Trabajo intersectorial

—Trabajo con la comunidad

—Trabajo interdisciplinario

—Referencia y contrarreferencia

Fuente: información enviada por el becario y supervisión de los capacitadores en servicio.

ANEXO N° 2:

Resolución de consolidación del área de Salud Indígena, 439/11



439

Ministerio de Salud

BUENOS AIRES, 12 ABR 2011

VISTO el Expediente N° 2002-2.737/11-8 del registro del MINISTERIO DE SALUD, las Resoluciones Ministeriales N° 915 del 13 de septiembre de 2004, N° 1077 del 8 de octubre de 2004, N° 118 del 2 de febrero de 2009 y N° 250 del 1° de septiembre de 2009, y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución N° 915 del 13 de septiembre de 2004, se creó el PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS, con el objeto de mejorar la calidad de la atención de los más necesitados, jerarquizando el primer nivel de atención.

Que por medio del mencionado programa se buscó disminuir las inequidades existentes, procurando ampliar la cobertura y calidad de la atención en las unidades sanitarias barriales, reforzando las actividades de promoción y prevención de la salud, el trabajo con la comunidad y fortaleciendo la formación en atención primaria de la salud y en salud social y comunitaria del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención.

Que en este sentido es necesario consolidar el precitado modelo de atención priorizando aquellas acciones en forma mancomunada con la comunidad, promoviendo un compromiso intersectorial y en equipo para la resolución de los problemas sanitarios de la población.

Que, asimismo, desde este Ministerio se impulsa incansablemente la jerarquización del primer nivel de atención de la salud, fortaleciendo los recursos humanos de los sistemas sanitarios jurisdiccionales valiéndose de la formación en servicio como herramienta vital para ello.



439

Ministerio de Salud

Que estos equipos comunitarios bajo Programa reciben capacitación en servicio en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y Salud Social y Comunitaria.

Que a fin de lograr los objetivos enunciados se financian y capacitan en servicio recursos humanos de los sistemas de salud provinciales y municipales del Primer Nivel de Atención seleccionados según indicadores sanitarios.

Que debido al alcance de metas del Programa a lo largo de sus años de existencia y las soluciones superadoras que el mismo viene aportando a las distintas jurisdicciones de nuestro país, se hace oportuno y conveniente trazar nuevas metas para el PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, en pos de ampliar y optimizar la accesibilidad y calidad de la atención de las personas con más necesidades sociosanitarias.

Que, para ello, se estima prioritario ampliar la capacitación en servicio del aludido Programa y el apoyo económico mediante becas a aquellos no profesionales del sistema de salud, quienes son parte imprescindible del mismo, aportando la base misma de los servicios asistenciales.

Que está en el ánimo de esta Cartera trabajar en pos de disminuir las inequidades existentes, buscando ampliar la cobertura y la calidad de la atención en cada centro de salud y CIC barrial, reforzando, para ello, las diversas actividades de promoción y prevención de la salud, el trabajo con la comunidad y fortaleciendo la formación del recurso humano que trabaja en el primer nivel de atención en estrategias de atención primaria de la salud y la medicina social.

Que las nuevas metas requeridas por el Programa tienen como eje rector la equidad, respondiendo a la organización federal de nuestro país, dando el máximo apoyo técnico y financiero a las jurisdicciones.

Handwritten signature or mark.



439

Ministerio de Salud

Que se considera imperioso contar con un enfoque intercultural de los recursos humanos del Primer nivel de atención, particularmente destinados a abordar la problemática de salud de Pueblos Originarios, a través de una estrategia de formación en servicio específica.

Que desde este Ministerio se pretende fortalecer la capacidad de gestión en pos de brindar servicios de salud de calidad a los pueblos originarios, en un marco de respeto a las tradiciones y costumbres de las diferentes comunidades, interpretando las diferentes realidades culturales.

Que debido a que la población indígena de nuestro país se encuentra atendida principalmente en el primer nivel de atención, es preciso robustecer la búsqueda activa de grupos vulnerables de los Pueblos Originarios, su seguimiento y la gestión de resolución de los problemas de salud fortaleciendo la formación de equipos comunitarios.

Que, en tal orden se estima correspondiente la creación del Área de Salud Indígena en la Orbita del PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS, en un todo de acuerdo a lo consagrado en el Artículo 75 inciso 17 de nuestra Constitución Nacional.

Que en el plano organizativo es necesario readecuar las cargas horarias de los becarios bajo programa, ajustando las mismas a las realidades jurisdiccionales.

Que, por otra parte resulta ineludible consolidar la COORDINACIÓN CENTRAL DEL PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS-EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN- responsable del diseño, encuadre y puesta en marcha del Programa en las jurisdicciones locales.

Que se considera necesario que dicha Unidad esté a cargo un Coordinador General, cuya función será la coordinación de un equipo de expertos en las áreas de gestión de procesos de trabajo en el primer nivel de atención, en



439

Ministerio de Salud

salud indígena, capacitación en servicio de los equipos de salud, en administración y financiamiento.

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

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Apruébanse las modificaciones al "PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS-EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN" de acuerdo a los lineamientos estratégicos-programáticos que se definen en el ANEXO I, el que se acompaña y forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 2º.- Apruébase el modelo de CONVENIO a suscribirse con las Jurisdicciones que, como ANEXO II, forma parte de la presente, los que regirán la puesta en marcha del componente de formación de recurso humano, que forma parte de los lineamientos estratégicos y acciones que establecen el funcionamiento del "PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS-EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN".

ARTÍCULO 3º.- Apruébase el modelo de CONVENIO a suscribirse con los Becarios que, como ANEXO III, forma parte de la presente.

ARTÍCULO 4º.- Apruébase el modelo de CONVENIO a suscribirse con las Universidades que, como ANEXO IV, forma parte de la presente

ARTÍCULO 5º.- Créase la COORDINACIÓN CENTRAL del PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS-EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN la que tendrá como deber el de desarrollar las tareas preparatorias consistentes en el diseño, implementación y puesta en marcha en las distintas jurisdicciones locales, en el ámbito de la SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE



Ministerio de Salud

RIESGOS dependiente de la SECRETARIA DE PROMOCIÓN y PROGRAMAS SANITARIOS.

ARTÍCULO 6º.-Designase Coordinadora General de la COORDINACIÓN CENTRAL DEL PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS-EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN a la doctora Diana Pierina JUÁREZ (D.N.I.Nº 6.517.282)

ARTÍCULO 7º.- Las Jurisdicciones deberán adherirse al Programa mediante convenio que se suscribirá a tales efectos.

ARTÍCULO 8º.-las Universidades deberán adherirse al Programa mediante convenio que se suscribirá a tales efectos

ARTÍCULO 9º.- Facúltase a la Coordinación Central a realizar las gestiones necesarias para el cumplimiento de los objetivos establecidos en la presente.

ARTÍCULO 10.- Créase el Área de Salud Indígena en la órbita del "PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS-EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN" de acuerdo a los lineamientos que se definen en el ANEXO V el que se adjunta y forma parte integrante de la presente.

ARTÍCULO 11.- Déjase sin efecto cualquier otra Resolución que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 12.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº **439**

DR. JUAN LUIS MANZUR
MINISTRO DE SALUD

PROVISORIO 35657

ANEXO N° 3:

Convenio Beca

ANEXO N° 4:

CONVENIO DE BECA DE APOYO Y CAPACITACIÓN

En la ciudad de Buenos Aires, entre el Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el Sr. Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, Dr. Eduardo Mario Bustos Villar, en adelante “NACIÓN”, con domicilio en Av. 9 de julio 1925, y la JURISDICCIÓNrepresentada en este acto por el Sr. Ministro de Salud.....con domicilio en , por un lado; y por el otroD.N.I Nro.....con domicilio en , en adelante “becario“, cuyo perfil es.....y cuya ficha personal se adjunta, acuerdan celebrar el presente Convenio de Beca sujeto a las siguientes modalidades y condiciones:

OBJETO GENERAL

CLÁUSULA PRIMERA: El presente convenio tiene por objeto fortalecer a través de la asignación de recursos humanos con perfiles seleccionados a los efectores del Primer Nivel de Atención, para alcanzar las metas socio-sanitarias establecidas por la NACIÓN en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Para ello, el Ministerio de Salud de la Nación, otorga a..... (nombre y perfil).....la presente beca de capacitación en Salud Social y Comunitaria y de perfeccionamiento a desarrollarse en el efector de salud:.....sito ende la localidad de..... Provincia de.....

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

CLÁUSULA SEGUNDA: Los objetivos específicos del presente convenio son:

- Mejorar la accesibilidad al sistema sanitario de las personas que habitan las áreas programáticas.
- Ampliar la cobertura y la calidad de atención en los efectores del primer nivel de atención.
- Nominalizar y georeferenciar la población a cargo.
- Realizar una atención de calidad priorizando problemas prevalentes y emergentes de salud local.
- Establecer líneas de base para el seguimiento y evaluación de indicadores establecidos por el Ministerio.
- Impulsar y fortalecer el trabajo comunitario, intersectorial y en redes locales.

- Mejorar los indicadores de salud asociados a patologías locales prevalentes en las comunidades de influencia del efector asignado.
- Planificar y realizar actividades de prevención y promoción de la salud.
- Incentivar y fortalecer la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud y el medio ambiente.
- Aplicar los contenidos académicos definidos para el posgrado en la planificación, estrategia y ejecución de actividades comunitarias participativas.
- Brindar actividades de promoción, prevención, atención y seguimiento integral de la salud, desde la perspectiva biopsicosocial.
- Detectar situaciones de vulnerabilidad socio-sanitarias y elaborar estrategias para su resolución en pos de disminuir brechas de inequidad.
- Fortalecer la capacidad de diagnóstico, planificación y gestión de los equipos interdisciplinarios socio - sanitarios a través de la realización de un proyecto participativo que aborde una problemática local del efector asignado (Ver Anexo I).

MARCO NORMATIVO APLICABLE

CLÁUSULA TERCERA. La NACIÓN tendrá a su cargo la gestión general del programa, a través de la Coordinación General del PMC (Programa Nacional de Médicos Comunitarios, Equipos del Primer Nivel de Atención) dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, del modo establecido en el presente Convenio.

CLÁUSULA CUARTA: Las actividades que desarrolle el becario serán asignadas, coordinadas y evaluadas por el Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, aprobado por Resolución Ministerial Nro. 439/11 del Ministerio de Salud, que el becario declara conocer más sus modificatorias y complementarias.

CLÁUSULA QUINTA: Las partes acuerdan que el becario recibirá la suma fija mensual de \$.....(pesos.....) en calidad de beca de apoyo económico y de formación en servicio, según *ANEXO II Remuneraciones*.

CLÁUSULA SEXTA: Queda expresamente pactado que el aporte de NACIÓN se implementa bajo la modalidad de beca de apoyo económico y de formación, 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 NACIÓN.

COMPROMISOS Y OBLIGACIONES DE NACIÓN

CLÁUSULA SÉPTIMA:

1. Transferir la beca de apoyo económico y de formación en servicio, a una cuenta de titularidad del becario.
2. Definir y diseñar los contenidos académicos del programa
3. Financiar el dictado del posgrado y la provisión del material bibliográfico.
4. Evaluar y monitorear la implementación de las actividades del programa.
5. Efectuar auditorías radiantes, periódicas, sin previo aviso bajo la modalidad que considere oportuna.
6. Administrar apercibimientos, suspensiones o bajas de becas según las normativas del *ANEXO III - Faltas*.
7. Evaluar, aprobar y monitorear el proyecto de salud participativo presentado por el becario.
8. Realizar capacitaciones periódicas a través de Universidades de financiamiento público y/o privado, Asociaciones Científicas Nacionales y/o Provinciales y desde el Ministerio de Salud de la Nación.

COMPROMISOS Y OBLIGACIONES DEL BECARIO

CLÁUSULA OCTAVA: El becario, a fin de cumplir los objetivos pactados, se compromete y asume como obligaciones:

1. Cumplir la carga horaria seleccionada y aprobada por el Ministerio en el efector de salud asignado exclusivamente y/o su correspondiente área de influencia, como se declara en el *ANEXO III- Planilla de días y horarios*-. Modalidad 1: 30 horas semanales (20 horas asistenciales y 10 horas de actividades extramuros con la comunidad en tareas de promoción y prevención de la Salud). Los no profesionales deberán abocar la totalidad de la carga horaria en actividades de promoción y prevención, los profesionales deberán declarar en el ANEXO IV la distribución de la carga horaria. Modalidad 2: 15 horas semanales exclusivamente para implementar acciones de prevención y promoción de la salud en el área programática del efector seleccionado.
2. Trabajar la evaluación y el seguimiento de indicadores establecidos por el Ministerio con el objetivo de mejorar sus resultados (trazadoras).
3. Solicitar siempre autorización a NACIÓN en caso de cambio de efector. Cabe mencionar que no se autorizan cambios si no cuentan con la No Objeción de NACIÓN.

4. Abordar los problemas prevalentes socio-sanitarios del área programática del efector asignado, implementando estrategias acordes para la obtención de mayor eficiencia.
5. Detectar y efectuar seguimientos a familias en situación de vulnerabilidad socio-sanitarias en las áreas programáticas.
6. Realizar actividades junto a la comunidad, para mejorar la calidad de vida de la población de las áreas de influencia del efector asignado.
7. Nominalizar y georreferenciar la población a cargo, actualizando de forma permanente las bases de datos obtenidas.
8. Implementar la promoción de prácticas para la optimización de todos los recursos disponibles a fin de alcanzar las metas socio-sanitarias establecidas por el Ministerio
9. Articular con programas vigentes, tanto locales, municipales, provinciales y Nacionales.
10. Asistir como mínimo al 80 % de las capacitaciones que determine la NACIÓN para el dictado académico del posgrado. Cumplimentando las instancias presenciales y de exámenes.
11. Realizar una reunión quincenal en el efector de no menos de 2 horas con el facilitador asignado al mismo, no pudiendo realizar la misma en ningún otro lugar que no sea el efector asignado, a menos que existan causas de fuerza mayor o autorización expresa por parte de NACIÓN.
12. Cumplir con los requerimientos de información que NACIÓN realice, bajo el formato y con la regularidad que ésta estipule.
13. Presentación dentro de los 3 (tres) meses de firmado el convenio de un proyecto socio-sanitario participativo en el marco de los lineamientos de *ANEXO I – Lineamientos para el Proyecto –*

RESPONSABILIDADES

CLÁUSULA NOVENA: El becario se compromete al cumplimiento de la normativa, reglamentos y disposiciones vigentes, las que declara conocer. La infracción a lo anteriormente expuesto será considerada falta grave y causa suficiente para dejar inmediatamente sin efecto el acuerdo individual entre la NACIÓN y el becario, sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiera lugar.

CLÁUSULA DÉCIMA: A los efectos del presente Convenio se considera información confidencial toda aquella que reciban o llegue a su conocimiento relacionado con

actividades, personas, proveedores, procesos, fórmulas, métodos, etc., que tengan acceso en el efector de salud, ya sea en forma directa o indirectamente, durante o después de la expiración del presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: El becario se compromete a obrar con debida diligencia y cumpliendo con las reglas vigentes, asumiendo la total responsabilidad por toda consecuencia dañosa derivada de su actuación, o del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente convenio, que se encuentre a su cargo. El becario se obliga personalmente, por cualquier suma que deban abonar a un damnificado, sus derechohabientes o terceros en razón de la responsabilidad civil, contractual o extracontractual, incurrida como consecuencia del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las prestaciones comprometidas en el presente.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: La NACIÓN se reserva el derecho de modificar los requisitos para el recurso humano a financiar como así también de rescindir el contrato con el becario, sin expresión de causa, notificando su decisión con una anticipación de treinta (30) días.

INASISTENCIAS Y LICENCIAS

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: Se consideran inasistencias justificadas con el correspondiente certificado, las siguientes:

- a) Afecciones o lesiones de corto tratamiento (hasta 30 días anuales)
- b) Maternidad (tres meses)
- c) Receso anual: 15 días corridos. Los becarios contarán con un receso de 15 días corridos anuales, la jurisdicción estipulará las condiciones de efectivización de dicho receso.

Toda otra situación será evaluada por NACIÓN quien se reserva el derecho a determinar si se justifica o no la inasistencia.

VIGENCIA

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: El presente Convenio tendrá la misma duración que las actividades académicas del Posgrado o Curso en Salud Social y Comunitaria.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: Las partes constituyen domicilios especiales en los consignados para cada uno de ellos en el encabezamiento del presente.

Se firman 3 (tres) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto a los.....días del mes de.....de 2014.

ANEXO I - LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO LOCAL PARTICIPATIVO-

¿Por qué solicitamos un Proyecto Local Participativo?

El Proyecto Local Participativo constituye una instancia de trabajo sociosanitario cuyo propósito es promover la construcción colectiva de la salud mediante el diagnóstico, la planificación y el desarrollo de alguna intervención centradas en las necesidades y problemas de la población que se encuentra en el área de influencia del efector asignado.

En este sentido los proyectos deben tener como objetivo principal modificar o revertir alguna situación o problemática sociosanitaria diagnosticada en el contexto territorial local y tener en cuenta los siguientes criterios:

- Fundamentarse en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y en el marco de los objetivos del Programa Médicos Comunitarios, contribuyendo al fortalecimiento del primer nivel de atención en contextos locales
- Definirse, planificarse, desarrollarse y evaluarse participativamente entre Equipos, mesas de gestión local, comunidad y ONGs en todas sus etapas.
- Orientarse a resolver alguna problemática sociosanitaria crítica y prioritaria del contexto local.
- Incluir una perspectiva integral del concepto de salud y sus vinculaciones con los determinantes sociosanitarios, económicos, ambientales, habitacionales, educativos, de género, entre otros, que pudieran atravesar a cada contexto local. Así también incluir la perspectiva de la salud mental basada en la comunidad y las problemáticas emergentes (alcoholismo, adicciones, violencia, fortalecimiento de la autoestima etc.)

Etapas de Formulación del Proyecto Local Participativo

La formulación del Proyecto deberá incluir los siguientes ítems:

1. **Título del Proyecto:** Debe explicar claramente el problema y propósito que trabajará.
2. **Descripción del área programática o contexto en el cual se desarrollará el proyecto:** Implica el análisis situacional del área y de las características de la población bajo cobertura, perfiles sociodemográficos, epidemiológicos, situaciones críticas, grupos vulnerables y redes organizacionales como contexto del problema que se describe. Asimismo, incluye la caracterización del territorio: mapa con delimitación del área programática y localización espacial del efector de salud y de las organizaciones e instituciones de la comunidad, como

así también cualquier otro dato que se considere de interés para la caracterización del problema y su futuro abordaje.

3. Problemática a abordar con el Proyecto: La situación problemática a tratar y sus fundamentos debe enunciarse, explicarse y fundamentarse señalando a quienes afecta, su relevancia y magnitud, causas y consecuencias, relación con el contexto local, justificación y utilidad de la intervención, antecedentes, replicabilidad posible de sus resultados y transferencias para la planificación y gestión local de la salud comunitaria.

Ejemplos¹ de problemáticas que puedan ser abordados a través del Proyecto:

-Situaciones de violencia de género que actúan como determinantes de los perfiles de salud de las mujeres de la comunidad.

-Baja cobertura efectiva alcanzada en APS para el control del embarazo.

4. Objetivos del Proyecto: Indican qué se quiere alcanzar, mejorar o modificar mediante la ejecución del Proyecto. Dentro de los objetivos cabe distinguir:

- **Objetivo General:** Representa al objetivo global del Proyecto, la intención macro y su finalidad.
- **Objetivos Específicos y sus Metas:** Representan la desagregación del objetivo general y están relacionados con las líneas de acción concretas a desarrollar, las metas sociosanitarias que se plantearán, las actividades implicadas y sus indicadores. Las metas implican el establecimiento de logros concretos a alcanzar en determinados plazos temporales para revertir la situación problemática que da origen al proyecto.

Ejemplos de Objetivos Generales, Específicos y Metas:

Objetivo General	Objetivos Específicos	Metas
Abordar desde una perspectiva interdisciplinaria y participativa la problemática de la violencia de género, desarrollando estrategias comunitarias que contribuyan a mejorar la oportunidad de las	✓ Generar conciencia en varones y mujeres de la comunidad sobre mitos, prejuicios y creencias culturalmente arraigadas que refuerzan y sostiene a la violencia de genero. ✓ Desarrollar estrategias	Al término de un año debería haberse logrado: ✓ La intervención en el 100% de los casos de violencia de género identificados y su resolución mediante la canalización/derivación institucional que

¹ En todos los casos los ejemplos que se presentan son a modo ilustrativo y con la finalidad práctica de facilitar la formulación del Proyecto de Salud Participativo, no condicionando la elección temática ni los contenidos que de ella deriven para cada uno de los componentes del mismo.

intervenciones desde el primer nivel de atención.	conjuntas y en red, entre equipos de salud, organizaciones comunitarias, Mesas de Gestión Local e instituciones, para la detección y resolución de las situaciones de violencia de género. ✓ Trabajar prioritariamente la problemática de la violencia de género en las actividades de promoción de la salud.	correspondiera. ✓ La implementación sistemática de dispositivo de consulta y abordaje sobre situaciones de violencia de género en el CAPS con representación de diversos actores sociales.. ✓ La implementación de actividades de promoción a una vida libre de violencia con frecuencia quincenal destinadas al 100% de los espacios institucionales de la comunidad (escuelas, ONG, organizaciones barriales)
---	---	--

Otro Ejemplo...

Objetivo General	Objetivos Específicos	Metas
Alcanzar la cobertura sociosanitaria efectiva de las embarazadas de la comunidad.	✓ Mejorar la captación temprana del embarazo. ✓ Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la embarazada y la continuidad/adherencia a los controles establecidos. ✓ Garantizar para la embarazada la inscripción a los programas sociosanitarios correspondientes(Nacer, AUH)	Al término de un año alcanzar: ✓ El empadronamiento nominalizado antes del tercer mes de gestación del 100% de las mujeres que estén cursando un embarazo. ✓ El 100% de cobertura efectiva e integral a nivel sanitario y social para las embarazadas de la comunidad.

5. Plan de trabajo: Actividades, Participantes y Cronograma: Implica señalar qué actividades se llevarán adelante para el desarrollo del Proyecto (por ejemplo campañas de

promoción/difusión, talleres, foros, trabajos en terreno, jornadas de trabajo, debates, educación para la salud); así también señalar quiénes participarán del proyecto y en qué roles, tanto actores individuales como institucionales, indicando responsabilidades y funciones. Las actividades suponen establecer períodos temporales, en concordancia con la duración del Proyecto, y guardan relación con los objetivos específicos formulados.

Ejemplo de Plan de Trabajo y correspondencias entre Objetivos Específicos, Actividades, Participantes/Responsables y Plazos:

Objetivo Específico	Actividades	Participantes y Responsables	Períodos/Tiempo
Generar conciencia en varones y mujeres de la comunidad sobre los mitos, prejuicios y creencias culturalmente arraigadas que refuerzan y sostienen a la violencia de género.	Talleres programáticos de promoción y difusión de los marcos legales y redes institucionales que protegen los derechos de la mujer. Apuntando a la visibilización y desnaturalización de la violencia de género. Jornadas interinstitucionales y participativas sobre los diversos tipos de violencia y las acciones a tomar frente a ella.	Dirigidos a la Comunidad en general. Responsables: Equipos de Salud, Comisaria de la Mujer, Líderes Comunitarios.	Desde el comienzo del Proyecto: ✓ 2 Talleres mensuales. ✓ 2 Jornadas mensuales.

Otro Ejemplo...

Objetivo Específico	Actividades	Participantes y Responsables	Períodos/Tiempo
Mejorar la captación temprana del embarazo.	✓ Rondas sanitarias con seguimiento activo casa por casa y con apoyo de informantes claves de la comunidad. ✓ Talleres informativos para mujeres en edad fértil acerca de los procesos de atención del embarazo, sus controles y coberturas sociosanitarias de la embarazada.	Dirigidos a la comunidad con focalización en mujeres en edad fértil. Responsables: Equipos de Salud, Agentes Sanitarios, Líderes Comunitarios.	Desde el comienzo del Proyecto: ✓ Rondas Sanitarias: periódicas y permanentes ✓ 1 Taller con frecuencia mensual.

6. **Evaluación, Monitoreo y Sustentabilidad del Proyecto:** Corresponde señalar cómo se evaluarán los procesos y resultados, qué indicadores constituyen pautas observables (medibles, evaluables) del cumplimiento del Proyecto, cómo se relacionan con los objetivos

y las metas fijadas y como se utilizarán estos indicadores para el monitoreo y supervisión de la ejecución del mismo conforme a lo planificado. Estos indicadores serán a la vez los que considerará el PMC para monitorear el desarrollo del Proyecto en su posterior etapa de ejecución.

Ejemplo de relación y correspondencia entre Objetivos Específicos, Metas e Indicadores para la supervisión del Proyecto

Objetivo Específico	Metas	Indicadores
✓ Generar conciencia en varones y mujeres de la comunidad sobre los mitos, prejuicios y creencias culturalmente arraigadas que refuerzan y sostienen a la violencia de género. ✓ Desarrollar estrategias conjuntas y en red, entre equipos de salud, organizaciones comunitarias e instituciones, para la detección y resolución de las situaciones de violencia de género. ✓ Trabajar prioritariamente la problemática de la violencia de género en las actividades de promoción de la salud.	Al término de un año se debe haber logrado: ✓ La intervención en el 100% de los casos de violencia de género identificados y la canalización/derivación institucional que correspondiera. ✓ La implementación sistemática de dispositivo de consulta y abordaje sobre situaciones de violencia de género en el CAPS con representación de diversos actores sociales.. ✓ La implementación de actividades de promoción a una vida libre de violencia con frecuencia quincenal destinadas al 100% de los espacios institucionales de la comunidad (escuelas, ONG, organizaciones barriales)	Casos de violencia de género sobre los que se ha intervenido/ total casos de violencia de género identificados Casos de violencia de género resueltos o derivados efectivamente a la instancia correspondiente / total casos de violencia de género sobre los que se ha intervenido Actividades de promoción e información sobre violencia de género efectivamente realizadas / Actividades de promoción e información sobre violencia de género planificadas

Otro Ejemplo...

Objetivo Específico	Metas	Indicadores
✓ Mejorar la captación temprana del embarazo.	Al término de un año alcanzar:	Embarazadas nominalizadas bajo cobertura efectiva / Total embarazadas.
✓ Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la embarazada y la continuidad/adherencia a los controles establecidos.	✓ Empadronamiento nominalizado antes del tercer mes de gestación del 100% de las mujeres que estén cursando un embarazo.	Embarazadas con cumplimiento sistemático de controles/ Total embarazadas
✓ Garantizar para la embarazada la inscripción a los programas sociosanitarios correspondientes(Nacer, AUH)	✓ El 100% de cobertura efectiva e integral a nivel sanitario y social para las embarazadas de la comunidad.	Embarazadas inscritas en Plan Nacer y AUH /Total embarazadas

7. **Resultados globales esperados y su contribución a la planificación local de la salud y al diseño de estrategias de salud colectiva:** Supone señalar cómo se espera que lo realizado contribuya al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la salud comunitaria, cómo se prevé difundir este Proyecto en los demás espacios de planificación local, qué saberes y experiencias puede aportar para nuevas líneas de trabajo y para el diseño de programas sociosanitarios locales. Se sugiere vincularlos al objetivo general del Proyecto.

Ejemplo de relación entre el Objetivo General del Proyecto, los resultados globales esperados y la contribución a la planificación local y al diseño de estrategias sociosanitarias

Objetivo General	Resultados globales esperados y su contribución a la planificación local y al diseño de estrategias sociosanitarias
Abordar en forma integral, desde una perspectiva interdisciplinaria y participativa, la problemática de la violencia de género desarrollando estrategias comunitarias que contribuyan a mejorar la oportunidad de las intervenciones desde el primer nivel de atención.	Se espera contribuir con: ✓ Información útil para la visibilidad de la violencia de género y para el fortalecimiento de los equipos del primer nivel de atención en las intervenciones. ✓ Experiencias y antecedente, mediante el trabajo de campo, que aporten evidencias sobre las formas más efectivas de abordar la violencia de género y el rol estratégico que tienen los equipos en el primer nivel de

	<i>atención.</i> ✓ <i>Información acerca de las representaciones más frecuentes acerca de la violencia desde la perspectiva de mujeres y varones, a fin de identificar sus formas objetivas y simbólicas y contribuir a su desnaturalización.</i> ✓ <i>Información sobre el grado de articulación efectivo del mapa de actores y redes sociales e institucionales que conforman los circuitos de detección, denuncia y tratamiento de la violencia de género, a fin de optimizar oportunidades y dinámicas.</i>
--	---

Otro Ejemplo...

<i>Objetivo General</i>	<i>Resultados globales esperados y su contribución a la planificación local y al diseño de estrategias sociosanitarias</i>
<i>Alcanzar la cobertura sociosanitaria efectiva de las embarazadas de la comunidad.</i>	<i>Se espera contribuir con:</i> ✓ <i>Información de procesos basados en la evidencia y la experiencia para la mejor captación temprana de las embarazadas.</i> ✓ <i>Evidencias y antecedentes que aporten a la mejora y calidad de los sistemas de registro e información sociosanitaria, a fin de optimizar las captaciones y seguimiento.</i> ✓ <i>Experiencias acerca del trabajo articulado en terreno de los equipos de salud que contribuyan a la formalización del trabajo en red y a los procesos de referencia y contrarreferencia de servicios.</i>

Modalidad de presentación formal del Proyecto de Salud Participativo

El Proyecto deberá ser presentado en forma escrita, enunciado de manera clara y precisa en su carátula:

- Equipo de Salud o Becario: Especificando nombre, apellido, DNI, perfil y datos de contacto de el/los responsable/s de la elaboración y ejecución del proyecto.
- Efector de Salud: datos de efector de salud (nombre, dirección, teléfono, localidad, provincia) al que está asignado el/los responsable/s de la elaboración y ejecución del proyecto.

- Título del Proyecto.

Pautas para la revisión del Proyecto en su proceso de formulación

Estas pautas constituyen una **herramienta de autoevaluación** para los Equipos al momento de formular su Proyecto y posibilitan identificar la formulación correcta de los puntos claves del mismo, analizar la coherencia entre sus componentes y visualizar el grado de claridad de la formulación.

Pauta	Sí	Parcialmente	No	Observación
¿Está definido claramente el problema que abordará el Proyecto?				
¿Está fundamentada la prioridad de abordarlo?				
¿Están definidos claramente los objetivos propuestos y sus metas?				
¿Están articulados coherentemente los objetivos propuestos, las metas y las actividades planificadas?				
¿Están definidos los actores involucrados, roles, funciones y actividades de incumbencia?				
¿Está previsto de qué forma se monitoreará el desarrollo del Proyecto? ¿Y cómo se evaluarán sus resultados?				

ANEXO II - DE IMPORTE DE BECAS-

Las becas correspondientes según el perfil del Recurso Humano que hayan seleccionado la Modalidad 1 (Cláusula Octava inciso 1) se detallan a continuación:

Perfil	Monto a percibir
Profesional Universitario con Residencia	\$6.813,00
Profesional Universitario sin Residencia	\$6.375,00
Terciario	\$5.813,00
Auxiliar de Enfermería	\$3.750,00
Agente Sanitario	\$3.500,00

Las becas correspondientes según el perfil del Recurso Humano que hayan seleccionado la Modalidad 2 (Cláusula Octava inciso 1) se detallan a continuación:

Perfil	Monto a percibir
Profesional Universitario con Residencia	\$3.407,00
Profesional Universitario sin Residencia	\$3.188,00
Terciario	\$2.907,00
Auxiliar de Enfermería	\$1.875,00
Agente Sanitario	\$1.750,00

ANEXO III – FALTAS-

Serán consideradas faltas, sin perjuicio de las establecidas en el convenio de beca precedente, las siguientes causales de incumplimiento y pasibles de sanción:

- a) Mal desempeño, cumplimiento deficitario o negligente de las obligaciones y compromisos asumidas en el convenio Beca.
- b) Abandono injustificado del servicio en el efector.
- c) Inasistencias superiores a 10 días anuales que no estén estipuladas y justificadas como se determina en la cláusula décimo tercera,
- d) Incumplimiento del horario.
- e) Falta de respeto a la autoridad, integrantes del equipo o de la comunidad.
- f) Incumplimiento de los objetivos del programa.
- g) Poseer actividades laborales o extralaborales, en el ámbito privado o público, con o sin remuneración, dentro de los días y horarios informados en el ANEXO IV – Planilla de días y horarios-.
- h) Violación del secreto profesional o de la reserva necesaria que exijan discreción, así como también revelación de datos personales o peligros epidemiológicos o de información, que hagan al funcionamiento del efector de salud o el programa de capacitación, que sean de carácter restringido.

En el supuesto de incurrir en las faltas mencionadas en este ANEXO, la NACIÓN podrá aplicar algunas de las siguientes sanciones según su criterio:

- a) Apercibimiento por escrito
- b) Suspensión de la beca
- c) Baja definitiva de la beca.

ANEXO IV - PLANILLA DE DIAS Y HORARIOS

Aclaraciones:
Solo se completa el horario de atención que cumplen en el marco del Programa Médicos Comunitarios.
ACTIVIDADES ASISTENCIALES: Campo Obligatorio
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Sólo actividades programadas

BECARIO: (Apellido y Nombre):
D.N.I.
PERFIL:
Provincia:

ACTIVIDADES ASISTENCIALES (HS X DÍA) campo obligatorio											
Localidad	Nombre de Efector	Codigo Remediar	Dirección del Efector	Teléfono del Efector	Carga Horaria (Modalidad 1 o 2)	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
						a	a	a	a	a	a
						a	a	a	a	a	a
ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN (HS. X DÍA) solo actividades programadas											
Localidad	Nombre de Efector	Codigo Remediar	Dirección del Efector	Teléfono del Efector	Carga Horaria (Modalidad 1 o 2)	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	viernes	Sabado
						a	a	a	a	a	a
						a	a	a	a	a	a

Declaro conocer que los datos volcados en esta planilla tienen carácter de declaración jurada y podrán ser confrontados con las auditorías que el Programa Médicos Comunitarios realice durante la vigencia del Convenio que he suscripto.

Firma y Aclaración

Ministerio de Salud Programa de Médicos Comunitarios
Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención
Ficha de Personal

*Los datos especificados a continuación tienen carácter de **declaración jurada**.
No se aceptarán aquellas que no estén completas en todos sus puntos y firmadas.*

1. APELLIDO (s):
2. NOMBRE (s):
3. TIPO: ☐ DNI ☐ C.I. ☐ L.E. N° DOCUMENTO:
4. PERFIL ESPECIALIDAD
5. FECHA DE NACIMIENTO:
6. C.U.I.L.:
7. ESTADO CIVIL: ☐ SOLT. ☐ CAS. ☐ DIV.
8. NACIONALIDAD:
9. DOMICILIO PARTICULAR ACTUAL:
 - a. CALLE y Nro:
 - b. LOCALIDAD: CODIGO POSTAL:
 - c. PROVINCIA:
10. DOMICILIO ALTERNATIVO:
 - a. CALLE y Nro:
 - b. LOCALIDAD: CODIGO POSTAL:
 - c. PROVINCIA:
11. TELÈFONO DE CONTACTO:
12. CORREO ELECTRÓNICO:

Declaro no estar bajo el régimen de residencias ni presentar incompatibilidad Contractual ni Horaria con un cargo municipal, provincial o nacional.

FIRMA

Instructivo:

Presentar tres ejemplares completados en forma digital o con letra clara y en imprenta firmados en original por el becario.

3) y 7) marque con una X lo que corresponda.

9) Verifique la localidad y el código postal ya que este dato define la sucursal donde se radicará la cuenta bancaria para el depósito de la beca. En caso de no contar con sucursal bancaria en el domicilio del punto 8, se utilizará el domicilio alternativo (10).

ANEXO N° 4:

Convenio Prorroga

CONVENIO PRORROGA ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION Y LA PROVINCIA DE..... PARA LA CONTINUIDAD DEL PROGRAMA MEDICOS COMUNITARIOS Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención (Resolución 915/04 y sus modificatorias)

Entre el Ministerio de Salud de la Nación, en adelante EL MINISTERIO, representado por el señor Ministro de Salud de la Nación, Dr. Daniel Gustavo Gollan, con domicilio en la Avenida 9 de julio 1925, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de, representado por el Señor Ministro de Salud..... con domicilio en la calle; en adelante JURISDICCIÓN, se conviene en celebrar el presente convenio prorroga para la puesta en marcha del Programa de Médicos Comunitarios- Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, a tenor de las siguientes cláusulas:

OBJETIVOS GENERALES

CLAUSULA PRIMERA: Prorrogar por el término de un año a partir del día 1º de abril de 2015 al 31 de marzo de 2016, el convenio suscripto el día..... entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Provincia de....., que forma parte integrante del presente.

CLAUSULA SEGUNDA: Se adjunta el listado del Recurso Humano que integran los equipos comunitarios para la aprobación y financiación de NACION.

CLAUSULA TERCERA: Las partes podrán rescindir unilateralmente la prórroga del presente convenio, mediante notificación fehaciente con una antelación no menor a los 30 (treinta) días.

CLAUSULA CUARTA: Las restantes cláusulas se mantendrán inalterables y se tiene por reproducidas en el presente convenio.

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares originales de un mismo tenor y a un solo efecto, a los.....días del mes de.....de 2015.



Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

,Marzo 2015

Al Programa Médicos Comunitarios
Equipos del Primer Nivel de Atención
Ministerio de Salud de Nación
S _____ / _____ D

Por la presente cumpto en informar bajo este escrito que la cuenta en la cual la provincia de..... recibirá la transferencia del Programa Médicos Comunitarios, Equipos del Primer Nivel de Atención, es:

Banco:

Sucursal:

Tipo de Cuenta:

Nº de Cuenta:

CUIT:

CBU:

Asimismo dejo constancia que esta jurisdicción verificó los Curriculum Vitae y documentación respaldatoria del RRHH que se detalla en la planilla anexa y que integran al Programa Médicos Comunitarios, Equipos del Primer Nivel de Atención e incluye:

A PARTIR DE ABRIL DE 2015:





Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

MODALIDAD 30 hs	
Perfil	Numero (Cantidad)
Profesional Universitario CON PSSC	
Profesional Universitario CON residencia SIN PSSC	
Profesional Universitario SIN residencia y SIN PSSC y Terciario CON PSSC	
Terciario CON Curso	
Terciario SIN PSSC ni curso	
Auxiliar de Enfermería CON curso	
Auxiliar de Enfermería SIN curso	
Agente Sanitario CON curso	
Agente Sanitario SIN curso	

MODALIDAD 15 hs	
Perfil	Numero (Cantidad)
Profesional Universitario CON PSSC	
Profesional Universitario CON residencia SIN PSSC	
Profesional Universitario SIN residencia y SIN PSSC y Terciario CON PSSC	
Terciario CON Curso	
Terciario SIN PSSC ni curso	
Auxiliar de Enfermería CON curso	
Auxiliar de Enfermería SIN curso	
Agente Sanitario CON curso	
Agente Sanitario SIN curso	



Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Esta nota tiene carácter de declaración jurada

Centro de Salud o CIC (Nombre y N° de Remediar):										
Departamento	Localidad	Nombre	Apellido	DNI	Perfil	Instancia de Capacitación	Fuente de Financiación	Carga Horaria (Modalidad 1 o 2)	Monto	Modalidad de Contratación

Centro de Salud o CIC (Nombre y Nº de Remediar):										
Departamento	Localidad	Nombre	Apellido	DNI	Perfil	Instancia de Capacitación	Fuente de Financiación	Carga Horaria (Modalidad 1 o 2)	Monto	Modalidad de Contratación

Instructivo para completar la planilla:

Completar el RRRHH que integra los equipos del primer nivel de atención del Programa Medicos Comunitarios, distribuido según el Centro de Salud asignado a realizar sus actividades.

Centro de Salud: Completar el nombre del centro de salud, el N° de Remediar y la dirección y teléfono del mismo..

Nombre: Completar el nombre del RRRHH a financiar.

Apellido: Completar el apellido del RRRHH a financiar.

DNI :Completar el DNI del RRRHH a financiar.

Perfil: Completar el perfil (Ej: Medico Pediatra, T.Social terciario, Odontologo sin residencia, auxiliar de enfermería, agente sanitario)

Instancia de capacitación: Completar III Etapa si ya tiene el Posgrado o el Curso Completo. 7º cohorte o 8º cohorte si están cursando actualmente.

Fuente de financiación: Completar si ademas de la financiación nacional tienen tambien municipal y/o provincial.

Carga Horaria: Completar la carga horaria a cumplir especificamente financiada por Nación, es decir Modalidad 1 o 2.

Monto: Completar el monto a financiar por Nacion.

Modalidad de Contratación: Completar el tipo de contrato realizado entre la Provincia y el RRRHH.

ANEXO N° 5:

Convenio con Universidades

**CONVENIO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN Y LA
UNIVERSIDAD..... PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DEL POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y
COMUNITARIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA MEDICOS
COMUNITARIOS - EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN.-**

DE UNA PARTE,

El Ministerio de Salud de la Nación, representado en este acto por el Sr. Ministro de Salud, Dr. Juan Manzur, con domicilio en la Av. 9 de Julio Nº 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Buenos Aires, en adelante "la NACIÓN".

Y DE OTRA,

La Universidad....., representada en este acto por el Sr. Decano,....., con domicilio en....., de la ciudad de, Provincia de, en adelante "la UNIVERSIDAD".

Ambas Partes se reconocen capacidad mutua legal para obligarse y manifiestan lo siguiente:

- I. Que el presente Convenio sigue los lineamientos del Programa Médicos Comunitarios, Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.
- II. Que el mentado Programa ha sido legalmente aprobado a través del dictado de la Resolución Ministerial Nro. 439/11 del Ministerio de Salud de la Nación.
- III. Que dicha norma, sus modificatorias y sus complementarias constituyen el marco legal aplicable respecto del presente Convenio.
- IV. Que el Sr. Decano, en representación de la UNIVERSIDAD, conoce la normativa que regula este Convenio y acepta regirse por la misma.
- V. Que han llegado a un acuerdo, el que estará sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

OBJETO.-

PRIMERA: El objeto del presente convenio es establecer las condiciones de cooperación entre las partes para el desarrollo del curso de Posgrado y la financiación de las becas de formación en Salud Social y Comunitaria; en el marco del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.

FINALIDAD.-

SEGUNDA: La finalidad del presente convenio se centra en:

- a. Desarrollar el Posgrado en Salud Social y Comunitaria.
- b. Brindar experiencia práctica y teórica que habilite al egresado a trabajar en salud social y comunitaria en el primer nivel de atención.
- c. Destacar la importancia del significado de trabajar para, por y con la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS.-

TERCERA: Al finalizar el curso, los alumnos obtendrán el certificado del Posgrado en Salud Social y Comunitaria o, en su defecto, el que resulte aprobado por las gestiones realizadas por la UNIVERSIDAD ante la CONEAU o las autoridades competentes. Para ello, se requiere haber cumplido todas las instancias de evaluación fijadas y los requisitos de regularidad y asistencia establecidos en el Marco del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.

EQUIPO DOCENTE.-

CUARTA: Para favorecer el seguimiento del desarrollo del curso se conformarán equipos docentes integrados cada uno por coordinadores docentes y tutores en terreno. La UNIVERSIDAD designará a los coordinadores docentes, quienes deberán cumplir el perfil y las actividades definidas en el anexo A del presente convenio.

Los tutores en terreno serán propuestos por las JURISDICCIONES, y contratados por La UNIVERSIDAD. En ambos casos deberán contar con la no objeción de NACIÓN. Los tutores convendrán con la UNIVERSIDAD las condiciones contractuales.

ESTRUCTURA DEL POSGRADO.-

QUINTA: La estructura modular y los contenidos de la currícula figuran en el anexo A. La NACION se reserva la facultad de efectuar modificaciones de los módulos, si lo considerare necesario durante el desarrollo del Programa. Dichas modificaciones deberán ser consensuadas con la UNIVERSIDAD.

La UNIVERSIDAD deberá realizar una capacitación de los coordinadores docentes y los tutores en terreno en presencia del Director del Posgrado con el objetivo de unificar criterios a seguir en el curso, junto a la colaboración del equipo central, mejorando así el desempeño de los equipos docentes.

OBLIGACIONES DE LA NACION.-

SEXTA: Son competencias de la NACIÓN:

1. Otorgar las becas correspondientes al Posgrado en Salud Social y Comunitaria en el marco del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención.
2. Transferir a la UNIVERSIDAD los fondos necesarios para el financiamiento de las becas según el número de becarios y demás pautas que se determinan en el Anexo B.
3. Otorgar la no objeción respecto de la selección de los tutores en terreno a contratar por la UNIVERSIDAD.
4. Diseñar la estructura modular y de contenidos del Posgrado.
5. Suministrar el material didáctico y enviarlo a los lugares destinados para su distribución.
6. Acompañar a la UNIVERSIDAD en la realización de las actividades de capacitación a los equipos tutoriales.
7. Realizar la evaluación de los informes de gestión producidos por la UNIVERSIDAD, pudiendo aplicar las penalidades previstas en la cláusula octava en caso de incumplimiento.

OBLIGACIONES DE LA UNIVERSIDAD.-

SEPTIMA: Estará a cargo de la UNIVERSIDAD:

- 1) Disponer de una cuenta a efectos que La NACIÓN transfiera los fondos necesarios para el financiamiento de las becas.
- 2) Efectuar la rendición de las becas según la forma en que la NACIÓN lo solicite, de acuerdo a lo establecido en el anexo C.
- 3) Designar un Director de Posgrado.
- 4) Designar a los coordinadores docentes.
- 5) Contratar a los tutores en terreno luego de su selección y de obtenida la no objeción de La NACIÓN.
- 6) Desarrollar el plan de estudios y acompañar a los alumnos en las inquietudes relacionadas con el Posgrado.
- 7) Remitir a La NACIÓN un informe de gestión sobre las actividades desarrolladas y un informe conceptual por alumno en el desarrollo de cada módulo, según la forma establecida en el anexo C.
- 8) Certificar ante La NACIÓN la condición de alumno regular de los becarios, por módulo.

- 9) Evaluar a los alumnos a través de exámenes parciales y finales del curso de estudio.
- 10) Expedir el certificado aludido en la cláusula tercera de conformidad con lo allí previsto.
- 11) Iniciar las gestiones pertinentes ante la CONEAU, en ocasión de la convocatoria pertinente, en orden a la acreditación del curso de Posgrado.

Lo establecido en los puntos 2), 7) y 8) deberá ser remitido a la NACIÓN durante los diez (10) días hábiles posteriores al término de cada módulo, siendo ésta condición esencial para la transferencia de los fondos de las becas del módulo siguiente.

PENALIDADES.-

OCTAVA: El incumplimiento de las actividades encomendadas a la UNIVERSIDAD le hará perder el derecho a la percepción de los fondos indicados en la cláusula sexta, punto 2 (dos).

RESPONSABILIDAD.-

NOVENA: La UNIVERSIDAD asume la responsabilidad por la actuación de los equipos docentes a su cargo, vinculada con la ejecución del Programa, en el ámbito de su jurisdicción y se responsabiliza por toda consecuencia derivada del incumplimiento o cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente Convenio que se encuentre a su cargo.

RESOLUCIÓN Y RESCISION.-

DECIMA: La NACIÓN se reserva 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 no afectar los derechos de los profesionales que se encuentran cursando el Posgrado.

La NACIÓN podrá asimismo resolver el presente convenio ante el incumplimiento por parte de la UNIVERSIDAD 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 UNIVERSIDAD de la obligación de dictar el curso de Posgrado.

VIGENCIA.-

DECIMO PRIMERA: El presente convenio estará vigente desde su suscripción y hasta la finalización de la totalidad de las actividades programadas del Posgrado.

CONSTITUCIÓN DE DOMICILIOS.-

DECIMO SEGUNDA: Las partes constituyen domicilio, La NACION en la Coordinación Central del Programa Médicos Comunitarios, sita en la Av. 9 de Julio N° 1925, piso 12° de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y La UNIVERSIDAD, en el domicilio indicado en el encabezamiento del presente, donde serán válidas las futuras comunicaciones que se cursen.

Las partes se someten a la jurisdicción de los Juzgados en lo Contencioso Administrativo Federal de 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 2014.

ANEXO A - DISEÑO CURRICULAR DEL POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA

Introducción

El Posgrado en Salud Social y Comunitaria se fundamenta en los siguientes principios:

- **Integración del conocimiento:** los temas y actividades que se abordan en el Posgrado superan las barreras específicas de las materias disciplinares y permiten articular los conocimientos y metodologías de trabajo producidos por las ciencias sociales, biológicas, ambientales, epidemiológicas, de programación y evaluación de proyectos, entre otras. La integración se ve favorecida en el propio ámbito de trabajo y en la práctica profesional interdisciplinaria del equipo de salud que se desempeña con y para la comunidad.
- **Integración de teoría y práctica:** los aprendizajes que se promueven se orientan a través de la reflexión sobre la propia práctica en el lugar de trabajo y la búsqueda y el análisis de la información a la luz de las debilidades y/o problemas identificados. Asimismo, se busca la articulación entre los procesos de formación permanente del profesional del área de la salud y las necesidades del sistema sanitario. La direccionalidad que tienen los procesos de enseñanza y de aprendizaje es la optimización de la **salud comunitaria**.
- **Autonomía de aprendizaje de los profesionales:** a través del estudio independiente, el acceso a fuentes de información y búsqueda de datos y el desarrollo de prácticas de autoevaluación incentivando la responsabilidad y las capacidades para la propia formación permanente.
- **Acompañamiento y evaluación del aprendizaje:** realizado mediante la instalación de un sistema tutorial de seguimiento personalizado del profesional en el contexto de realización de las prácticas. Los espacios tutoriales promueven el intercambio entre pares y entre cursantes y docentes con fines de profundización, integración y control de resultados.

1. Destinatarios

- Profesionales integrantes del equipo de salud, que se desempeñan en Centros de Salud (CS) o en Centros de Integración Comunitaria (CIC).

2. Modalidad de cursado: Formación presencial en servicio

3. Duración: 2 AÑOS

4. Total de horas: 404 horas reloj

5. Propósito

El propósito del posgrado es:

- Contribuir al desarrollo de acciones tendientes a la mejora de las condiciones de vida de la población, con una visión sectorial e intersectorial.
- Completar y/o perfeccionar la formación de profesionales, desarrollando capacidades específicas para el trabajo en asistencia, prevención y promoción de la salud de la población, en el primer nivel de atención, desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- Promover el uso de la epidemiología como herramienta para jerarquizar y abordar los problemas de salud pública de la población y promover acciones relativas a la mejora de la salud ambiental

6. Estructura y modalidad

Se propone una estructura modular de la organización del contenido, integrada por instancias presenciales, material impreso, tutorías en terreno y evaluación de los aprendizajes con el propósito de articular la teoría y la práctica en el abordaje de problemas concretos de las comunidades. Se considera que el conocimiento es un proceso de sucesivo acercamiento a la realidad, a través de una dialéctica permanente entre la teoría y la práctica.

Todos los módulos tendrán un desarrollo teórico-metodológico y operativo-metodológico que los hace útiles para el estudio, para servir de apoyo a las instancias de clase presencial y para intervenir en la realidad de trabajo de manera que los destinatarios se conviertan en protagonistas centrales de su formación, como profesionales comprometidos en la modificación de las prácticas.

El soporte escrito (uno por cada módulo) combinará materiales originales realizados "ad hoc" que se podrán complementar con lecturas seleccionadas, un diseño didáctico de actividades propuestas de aplicación, trabajo específico que cada cursante debe realizar en el efector designado.

El Posgrado en Salud Social y Comunitaria recupera los encuentros docentes cara a cara y espacio-tiempo propio de la "situación áulica" e incorpora dos características centrales en cuanto a su enfoque educativo:

- Es un **posgrado en servicio**, que lo diferencia sustantivamente de los posgrados que se realizan sólo en el aula de las universidades, lejos de las situaciones de trabajo. En este caso, el enfoque educativo se compromete en la integración de la teoría y la práctica, apuntando a producir mejoras efectivas en la práctica profesional y en el desempeño de los equipos de salud, en el mismo contexto social y sanitario de los procesos de trabajo en salud.

- Es un **posgrado que implica el uso de materiales educativos de autoaprendizaje**. Esto permite acercarle documentos, actividades, propuestas y experiencias diseñadas especialmente para responder a los objetivos del posgrado, en función de las características de los cursantes, fortaleciendo la capacidad de aprender por uno mismo y con los otros.

De esta forma el cursante, es protagonista de su propio proceso de reflexión y aprendizaje. Esto implica ciertos compromisos y necesidades, entre ellas:

- **Responsabilidad personal** para el desarrollo y acompañamiento gradual de las distintas actividades y persistencia en los procesos de estudio y en las actividades de campo.
- **Autonomía** en el manejo de los tiempos, en la planificación de las actividades, en la búsqueda de información y en la profundización de los conocimientos y tareas.
- **Integración en un grupo de trabajo y de aprendizaje interdisciplinario** en el que se establecen formas de intercambio y comunicación y se construyen espacios para pensar juntos y producir con variedad y riqueza.

Los módulos de formación se estructuran a partir de núcleos problemáticos que promueven la reflexión sobre la realidad, con el objetivo de reconocer cuáles son las determinaciones de los procesos de salud y de las prácticas profesionales. Cada módulo tiene una organización de contenidos con autonomía relativa respecto de los subsiguientes, y a su vez, mantienen una cuidada complementariedad.

7. Perfil

El egresado del posgrado en Salud Social y Comunitaria será un profesional capacitado para abordar el proceso de salud-enfermedad-atención de la población local desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención, con criterios humanos, científico-técnicos, sociales y éticos.

El profesional deberá apropiarse de saberes que le permitan:

- Utilizar la epidemiología comunitaria como herramienta para jerarquizar y abordar los problemas de salud pública de la población.
- Programar, implementar y evaluar acciones de programación local (con un enfoque estratégico) junto con su comunidad, con el resto del equipo de salud y con otros actores sociales del contexto, con el objetivo de aumentar la cobertura y calidad de atención del centro de salud.
- Implementar actividades tendientes a la prevención, promoción de la salud.
- Contribuir al desarrollo de acciones tendientes a la mejora de las condiciones de vida, con una visión sectorial e intersectorial.

8. Competencias

Se espera que al finalizar la formación los profesionales cursantes hayan desarrollado capacidades y aptitudes para:

- Abordar el proceso de salud-enfermedad-atención de la población local desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud fundamentalmente, con criterios humanos, científico-técnicos, sociales y éticos.
- Fundamentar sus prácticas en la situación de salud de la población, partiendo de la identificación de problemas y diseñando estrategias de intervención efectiva desde la movilización de los recursos existentes y con tecnologías adecuadas.
- Identificar los problemas de salud prevalentes en una comunidad determinada.
- Detectar y seguir a familias en situaciones de riesgo de su área programática e implementar actividades tendientes a la prevención y promoción de la salud con la comunidad, para aumentar la cobertura y calidad de atención del centro de salud (CS).
- Programar, implementar y evaluar acciones de programación local con su comunidad junto con el resto del equipo de salud de un modo integrado e interdisciplinario, para aumentar la cobertura y calidad de atención del centro de salud.
- Diseñar estrategias de intervención efectiva, dirigidas a la mejora de la salud comunitaria desde la movilización de las redes y recursos existentes,
- Implementar actividades tendientes a la promoción de la salud con la comunidad.

9. Organización del plan de estudios

9.1- Forma de organización de las actividades curriculares

El Posgrado propone una formación metódica, con una organización de complejidad e integración creciente. Los contenidos y actividades se articulan en una **estructura modular**, integrada por:

- **Materiales de autoaprendizaje** presentados en forma impresa, con diseño didáctico y gráfico, articulando el estudio conceptual y el trabajo en contexto. Estos materiales promueven el estudio independiente y la transferencia a la práctica profesional.
- **Tutorías en terreno:** encuentros personales quincenales del tutor con un pequeño grupo de profesionales en el centro de salud en el que se desempeñan los cursantes. El objetivo de las tutorías es facilitar, orientar y supervisar el aprendizaje que se realiza durante el desarrollo de las actividades prácticas propuestas en cada módulo y elaborar conclusiones.

- **Seminarios de integración mensuales:** se trata de actividades presenciales coordinadas por los docentes y realizadas en el ámbito de la facultad o de la jurisdicción a las que deben asistir todos los profesionales cursantes. Exposiciones, paneles, mesas redondas integradas por docentes invitados para presentar y debatir los temas correspondientes a cada módulo, trabajo en subgrupos de alumnos a cargo de los coordinadores docentes, etc.
- **Exámenes y otras instancias de evaluación:** la evaluación consistirá en presentación de informes, exámenes como actividad de cierre de cada uno de los módulos y coloquios al cierre de cada período lectivo, todos ellos a cargo de los coordinadores docentes del posgrado y del director de la carrera, en ámbitos de la facultad o de la jurisdicción.

Las actividades estarán interrelacionadas de manera de tal de favorecer la apropiación y producción del conocimiento de/sobre la acción (trabajo asistencial y en terreno), para que no resulte fragmentado y se fortalezca la relación dialéctica entre teoría y práctica.

10. - Condiciones de permanencia y graduación

10.1. - Condiciones de alumno regular

- **Cumplir con el presentismo y las actividades asistenciales** en el centro de salud. La elaboración del presentismo estará a cargo de la jurisdicción quien lo elevará al nivel central.
- **Cumplir el 75% de asistencia a las actividades presenciales del Posgrado (tutorías y seminarios).** Esta información se consolidará en el informe académico a cargo de la Universidad.
- **Entrega en tiempo y forma de los trabajos escritos:** informes de trabajos en terreno, trabajo final de cierre de cada módulo. Esta evaluación y control estará a cargo del tutor.
- **Aprobar las evaluaciones** de cierre de cada módulo y trabajos finales de cada año y evaluación final integradora al cierre del Posgrado.

En caso de no cumplimentar alguno de los requisitos anteriores el profesional cursante quedará libre.

Solamente los alumnos regulares podrán presentarse a la evaluación final de carrera.

La regularidad tendrá una duración de 6 meses una vez finalizada la cursada del Posgrado. El examen final podrá ser rendido hasta dos veces.

10.2 – Graduación y calificaciones

Todas las instancias de evaluación tendrán calificación numérica. A continuación, se presenta la escala de evaluación con relación al porcentaje objetivos aprobados por el alumno.

Calificación	Equivalencia en objetivos aprobados
4 (cuatro) - Puntaje mínimo para aprobar.	60 %
5 (cinco)	70 %
6 – 7 (seis – siete)	80 %
8 – 9 (ocho – nueve)	90 %
10 (diez)	100 %

11. Estructura curricular y distribución de la carga horaria

11.1. Actividades curriculares

2 años = 84 semanas = 404 hs

Módulo 1: Sociedad y Salud

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12hs + seminarios12hs + práctica supervisada¹ 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 2: Epidemiología

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12hs + seminarios12hs+ práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 3: Salud y Ambiente

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12 hs + seminario 12hs + práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 4: Herramientas para la planificación y programación local.

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12hs + seminarios12hs + práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 5: Políticas de Salud

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12hs + seminarios12hs + práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 6: Sistemas de información de Salud

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12hs + seminarios12hs + práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

¹ Prácticas supervisadas por el tutor, éstas se componen de un cálculo estimativo del tiempo dedicado a las actividades de aplicación que propone cada módulo.

Módulo 7: Salud y Participación Comunitaria

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12hs + seminarios 12hs + práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 8: Trabajo en equipo en Salud

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12 hs + seminario 12hs + práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 9: Salud y Redes

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12+ seminarios 12+ práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

Módulo 10: Problemas Sociales de Salud Prevalentes

Actividades presenciales: carga horaria: 40 hs (tutoría 12hs + seminarios 12hs + práctica supervisada 16 hs). Duración en semanas: 8

- **Cantidad de horas clases teóricas:** 160 hs (seminarios de integración)
- **Cantidad de horas reloj de actividades prácticas :** 240 hs (120 hs tutorías presenciales+ 120 hs prácticas supervisadas)
- **Cantidad de horas reloj de otras actividades:** 4 hs exámenes
- **Total de horas reloj obligatorias:** 404

11.2. Evaluación final integradora

Este examen consistirá en la presentación por escrito y en la defensa oral de un trabajo - propuesta de trabajo, trabajo de investigación, trabajo en terreno- ante un tribunal integrado por directores y/o coordinadores del Posgrado.

Solamente los alumnos cursantes regulares podrán presentarse a rendir este examen. En caso de resultar aplazado podrá rendirse una vez más en los turnos de examen siguientes.

Los profesionales que aprueben este examen final de carrera recibirán el título de posgrado otorgado por la universidad.

PLAN DE ESTUDIOS

OBJETIVOS Y CONTENIDOS POR MÓDULO

Módulo 1: Salud y Sociedad

Objetivos

- Identificar los determinantes del proceso salud-enfermedad en las diferentes situaciones individuales y comunitarias de la población a cargo del Centro de Salud, y analizarlas desde el marco de la equidad;
- Reconocer y describir las condiciones de vida y la vulnerabilidad de la población a cargo del centro de salud, desarrollando una visión de la atención de salud desde la perspectiva socio-sanitaria;
- Interpretar la dimensión socio-cultural en las prácticas de salud de la comunidad y del equipo de salud y en sus propias relaciones con las familias;
- Identificar las barreras a la equidad en salud, tanto sociales, geográficas, económicas, culturales, de género, edad y discapacidad, así como las barreras institucionales;
- Analizar desde el punto de vista ético las intervenciones profesionales en salud y definir una visión de sus potenciales contribuciones en el marco del derecho de las personas a la salud;
- Analizar las estrategias de acción profesional para promover la salud de la comunidad y fortalecer la prevención, cuidado y recuperación de la salud desde una perspectiva de APS.

Contenidos

Unidad 1: La salud y los determinantes del proceso salud-enfermedad. Pobreza y condiciones de vida. Determinantes del proceso de salud – enfermedad. ¿Hacia una reconceptualización de la salud?. Los determinantes y las “caras” de la pobreza. La pobreza y la familia.

Unidad 2: Equidad y ética en salud. Desigualdades e iniquidades. Desigualdades sociales en Argentina. Inequidades en salud: ¿cuáles son los grupos vulnerables de su comunidad?. Equidad en salud: realidad y perspectiva. Equidad en salud: la situación de la mujer. Ética y equidad: la ética en las prácticas de salud. Salud, ética y desarrollo humano. Tensión entre los determinantes sociales, la equidad y la ética en salud.

Unidad 3: Cultura y culturas. Barreras culturales a la accesibilidad de la salud. Prácticas, pensamiento y cultura: aproximaciones en el campo de la salud. Cultura y representaciones sociales: la salud y la enfermedad. Prácticas culturales: la segregación y la discriminación. Prácticas culturales: visiones del hombre y de la mujer sobre el cuerpo y la salud. Prácticas culturales: representaciones sociales de los jóvenes acerca de la salud. Las familias y la salud. Prácticas y representaciones sobre la alimentación. “Diálogos” entre la medicina folklórica y la medicina formal. Las pautas culturales: ¿un obstáculo para la atención de la salud?. Las percepciones de la atención en salud: ¿un obstáculo para el cuidado de la salud?. La cultura socioprofesional.

Unidad 4: Hacia la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Algunos antecedentes importantes de la APS. Las prácticas y las distintas concepciones de APS. Barreras en la implementación de la APS. Barreras institucionales y profesionales. Barreras percibidas por la población. Regionalización y nivel local. Acerca de la intersectorialidad. Participación social y calidad en APS. APS y promoción de la salud. A 25 años de Alma Ata.

Módulo 2: Epidemiología

Objetivos

- Poseer un entendimiento básico de la epidemiología, su objeto, sus métodos y diseños.
- Analizar los elementos conceptuales y de metodología epidemiológica que permita identificar y jerarquizar los problemas de salud pública.
- Analizar elementos básicos de validez e inferencia en estudios epidemiológicos.
- Mejorar la calidad y oportunidad del relevamientos de información sanitaria.
- Ubicar a la epidemiología en el campo de la medicina preventiva, la investigación y evaluación de servicio de salud
- Adoptar una actitud crítica frente a medidas epidemiológicas de tal manera que su interpretación sea adecuada al contexto social e histórico donde se generaron los datos.
- Aplicar el método epidemiológico para describir una situación de salud de una población.
- Reconocer diferentes marcos conceptuales para interpretar la situación epidemiológica de una población.
- Fortalecer la toma de decisiones para la promoción, prevención, diagnóstico temprano y oportuno de problemas de salud pública en el ámbito de su responsabilidad.

Contenidos

Unidad 1: Concepto y aplicaciones de la epidemiología. ¿Qué es la epidemiología?. Aplicaciones de la epidemiología.

Unidad 2: Medidas y diseños epidemiológicos. Medidas de frecuencia. Medidas de asociación. Diseños epidemiológicos.

Unidad 3: Metodología de la investigación y epidemiología. Ciencia, epistemología y metodología de la investigación. El proceso de investigación. Métodos de investigación en epidemiología. Estudios evaluativos. La investigación operativa.

Unidad 4: De la causalidad a la determinación. El concepto de causalidad. Epistemología y causalidad. De la causa a la determinación.

Unidad 5: Análisis de situación de salud. Situación de salud. Tipos de análisis de situación de salud. Tipos y fuentes de información. Análisis de situación de salud e inequidad. ¿Qué es una sala de situación de salud?.

Unidad 6: El enfoque de riesgo. El enfoque de riesgo y la inequidad en salud.

Módulo 3: Salud y Ambiente

Objetivos:

- Analizar de modo integral las condiciones del medio ambiente y su incidencia en los procesos de salud-enfermedad.
- Conocer las diferentes herramientas necesarias para incidir, desde su propia práctica, en la mejora de calidad del medio ambiente de la zona en la que trabaja.
- Realizar una caracterización diagnóstica del medio ambiente de su área programática.
- Conocer e identificar las condiciones ambientales del propio Centro de Salud y su impacto en la comunidad.
- Conocer los diferentes niveles de responsabilidad del equipo del Centro de Salud respecto de las condiciones ambientales que afectan la salud de la comunidad que atiende.
- , tendientes a mejorar las condiciones del hábitat y de la salud de la población a cargo, promoviendo la participación comunitaria y la responsabilidad de todos los actores.
- Aconsejar sobre diferentes aspectos que hacen al cuidado del ambiente del área programática donde se desempeña.

Contenidos:

Unidad 1: Desarrollo humano, medio ambiente y salud. Desarrollo humano y desarrollo sustentable. Relación entre salud, desarrollo y medio ambiente. Condiciones del medio ambiente en los procesos de salud y de enfermedad. Participación y responsabilidad.

Unidad 2: Contaminación ambiental: incidencias en los procesos de salud – enfermedad. Tipos de peligros y riesgos ambientales: formas de abordaje. Vectores de enfermedad presentes en el ambiente: riesgos y consecuencias.

Unidad 3: Cuidados saludables del medio ambiente. Usos del agua y contaminación. Cuidados saludables para el agua. Excretas, aguas residuales y efluentes industriales. Residuos. Alimentos. Aire. Plaguicidas y fertilizantes. Suelos

Unidad 4: Niveles de responsabilidad en el cuidado del medio ambiente. Ambiente sano y equilibrado. Responsabilidad Ambiental. Políticas locales y participación de la comunidad.

Módulo 4: Herramientas para la planificación y programación local

Objetivos

- Comprender la necesidad del uso de la planificación en el primer nivel de atención como estrategia de intervención.
- Posicionarse desde un enfoque estratégico en la práctica comunitaria.
- Diseñar e implementar la programación local considerando acciones intersectoriales e interdisciplinarias y promoviendo la participación comunitaria y la responsabilidad de todos los actores.

- Brindar herramientas para el análisis y revisión de la práctica desde la perspectiva de la planificación en salud.

Contenidos

Unidad 1: La importancia de planificar en salud. La planificación en salud. La planificación estratégica a nivel local.

Unidad 2: Identificación y jerarquización de los problemas. La identificación de problemas. Definiendo prioridades. Análisis explicativo del problema.

Unidad 3: Programación local. Momento normativo. Momento estratégico. Momento táctico operacional.

Módulo 5: Políticas de salud

Objetivos

- Describir el sistema de salud actual en nuestro país. Caracterizar a cada subsector. Comprender las relaciones entre los componentes del sistema.
- Identificar los principios en los que se basan la dinámica y funcionamiento del sistema.
- Identificar los roles y funciones que le competen a cada miembro del sistema de salud.
- Reconocer los lineamientos políticos de salud actuales.
- Reconocer los aspectos organizativos del sistema que facilitan la implementación de políticas de salud.
- Caracterizar al plan Federal de Salud como propuesta para los próximos años.
- Implementar la APS como estrategia integradora y organizadora del sistema.
- Valorar la participación y el compromiso con las políticas de salud como modo de colaborar en los procesos de cambio social.
- Caracterizar los principales planes y programas que se encuentran en funcionamiento.

Contenidos

Unidad 1: Políticas de salud. Políticas públicas. Políticas de salud.

Unidad 2: El sistema de salud argentino. Historia. El sistema de salud argentino. El papel del Estado. El financiamiento del sistema.

Unidad 3: Plan Federal. ¿Por qué el Plan Federal?. La visión del Plan Federal. Metodología del Plan Federal. La APS renovada

Unidad 4: Programa y políticas en el marco del Plan Federal. Políticas y programas de salud para la población materno infantil. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Programa Nacional de lucha contra los retrovirus del humano, Sida y ETS. Políticas de Recursos Humanos.

Módulo 6: Sistemas de información de salud

Objetivos

- Conocer las características del Sistema de Información de Salud de la República Argentina.
- Valorar el uso del Sistema de Información de Salud para contextualizar los problemas de salud que ha identificado en su área programática.
- Identificar el tipo de instrumento de recolección de datos que se debe usar, según el propósito de la recolección y las características del medio donde debe realizarse la recolección.
- Comprender el proceso que lleva desde el dato hacia la producción de conocimiento.
- Conocer y utilizar las principales Fuentes de Datos del Sistema de Información de Salud.
- Construir indicadores que sean de utilidad para realizar Análisis de Situación de Salud dentro de su CS.
- Valorar el análisis de las diferentes fuentes de información (estadísticas sociodemográficas y vitales) y la utilidad de los diferentes registros (cuantitativos y cualitativos) en la construcción de conocimiento sobre el CS.
- Reflexionar sobre los posibles usos de la información y el conocimiento generado en el CS para la toma de decisiones a nivel local.

Contenidos

Unidad 1: Sistemas de Información de Salud de la República Argentina. Principales componentes nacionales del Sistema de Información de Salud. Legislación nacional relacionada con los sistemas de información estadística y de vigilancia epidemiológica

Unidad 2: Datos en un sistema de salud. Recolección de datos. Calidad de los datos recolectados. Los registros y datos disponibles en el Centro de Salud. Sistemas de codificación y clasificación de los datos sobre problemas de salud. De los datos a la producción de información y conocimiento

Unidad 3: Fuentes de datos locales, jurisdiccionales y nacionales. Registros estadísticos permanentes. Registros epidemiológicos permanentes. Otras fuentes de datos.

Unidad 4: Análisis de la información. Análisis de la información local, jurisdiccional y nacional

Módulo 7: Salud y Participación comunitaria

Objetivos

- Indagar los encuadres contextuales y teóricos que explican las prácticas comunitarias en el primer nivel de atención, desde una posición crítica y superadora.
- Detectar los problemas que convergen en la práctica comunitarias en salud pudiendo diseñar, implementar y evaluar estrategias de intervención participativas, integradoras y eficaces.
- Valoren un modelo de atención centrado en las necesidades y la participación comunitaria utilizando metodología y técnicas pertinentes

Contenidos:

Unidad 1: El desafío de la participación comunitaria. Conceptos involucrados en la participación comunitaria. Funciones , objetivos y finalidades. Ciudadanía.

Unidad 2: Participación Comunitaria y Promoción de la Salud. Encuadre conceptual de la Participación Comunitaria. La Educación popular como estrategia de la Promoción de la Salud. La comunicación popular como estrategia de Promoción de la Salud. Participación comunitaria e interacción social.

Unidad 3: Estrategia y técnicas participativas. Las Técnicas participativas. La función del animador, facilitador o coordinador. Técnicas de comunicación popular.

Módulo 8 : Trabajo en equipo en salud

Objetivos

- Conocer y comprender algunas de las características de los equipos de trabajo dentro de las organizaciones.
- Conocer y comprender los fenómenos que ocurren dentro de todo grupo o equipo de trabajo.
- Valorar las experiencias de trabajo en equipo que se viven en el Centro de Salud.

Contenidos

- Unidad 1: El Centro de Salud como organización.

La organización como sistema. Cultura organizacional, estilos institucionales. La organización y el campo de los significados. El funcionamiento de las organizaciones estructura y dinámica. El individuo y la organización. Las organizaciones y los contextos adversos.

- Unidad 2: El equipo de trabajo en el Centro de Salud.

Los equipos de trabajo en las organizaciones de salud. Momentos o etapas del proceso de los equipos. Misión de un equipo. Conflicto en los equipos. Estructuras sociales competitivas , cooperativas e individualistas. El equipo, las personas y su motivación. Los equipos de salud como equipos interdisciplinarios Disciplina, multidisciplina, interdisciplina, transdisciplina. El equipo interdisciplinario. El equipo de profesionales en el primer nivel de atención.

- Unidad 3: El equipo de trabajo y los fenómenos grupales.

Grupos y equipos. La vida social de un equipo de trabajo. La comunicación en el equipo de trabajo. El proceso de interacción y los roles. El liderazgo y la autoridad en el equipo. Dinámica de un equipo de trabajo. La vida emocional de un equipo de trabajo.

Módulo 9: Salud y Redes

Objetivos:

- Reconocer redes vinculares, institucionales e intersectoriales.

- Identificar a las redes como espacios para el desarrollo de procesos de producción de subjetividad y transformación social.
- Valorar el fortalecimiento de las redes como un espacio de participación, transformación y desarrollo comunitario.
- Potenciar y fortalecer los sistemas de redes.

Contenidos

-Unidad 1: Introducción al concepto de redes.

El concepto de red. La red como alternativa. Definiciones de redes. Características de las redes sociales. Componentes y estructura de las redes sociales. Finalidad del trabajo en red. Diferentes modos de organización de las redes sociales.

-Unidad 2: Redes en Salud.

Niveles de abordaje en el campo de la salud. Redes Personales y Familiares. La Red Comunitaria. Redes Institucionales. Redes de establecimientos y servicios. Redes Intersectoriales. Redes de servicios de salud.

-Unidad 3: Herramientas para trabajar en Red.

Abordaje metodológico para el trabajo en Redes. Iniciando Estrategias Conjuntas.

Módulo10: Problemas sociales de salud prevalentes

Módulo 10a:

Objetivos

- Comprender el problema de las adicciones como fenómeno complejo y vinculado con las características actuales de la comunidad en que aparece.
- Reconocer la presencia de factores de riesgo y factores protectores en su área programática.
- Distinguir grupos vulnerables en la comunidad que atiende el CS.
- Valorar presencia de tareas de promoción de la salud y prevención de las adicciones entre los objetivos del CS
- Conocer las distintas configuraciones que puede adoptar la violencia intrafamiliar.
- Identificar diferentes factores de riesgo para el fenómeno de la violencia intrafamiliar.
- Reconocer la necesidad de un abordaje interdisciplinario sobre la problemática de la violencia intrafamiliar.
- Utilizar una conceptualización sobre discapacidad que le permitirá analizar la situación de salud de diferentes integrantes de la comunidad.
- Identificar en su área programática personas que presenten alguna discapacidad.
- Tomar conciencia de la importancia de realizar controles periódicos de salud a
- los integrantes de la comunidad que presentan alguna discapacidad.

- Derivar y asesorar adecuadamente desde el Centro de Salud acerca de la utilización del Sistema Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad.
- Planificar y programar acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la discapacidad en su área programática.

Contenidos

-Unidad 1: La problemática de las Adicciones.

El enfoque de prevención integral de las adicciones. Las sustancias psicoactivas. El vínculo con las sustancias psicoactivas. El entramado social y comunitario. Factores de riesgo y protección. Tolerancia social como factor de riesgo. Conciencia social y desarrollo personal y comunitario como factores de protección. Estrategias de prevención integral de las adicciones. La estrategia de prevención en el primer nivel de atención. Un ejemplo de intervención.

-Unidad 2: La problemática de la Violencia Intrafamiliar.

Algunas reflexiones acerca del concepto de violencia. Consideraciones acerca de la violencia intrafamiliar. El papel de la familia en el desarrollo del sujeto. Violencia intrafamiliar. Violencia de género. Masculinidad y violencia. Diferentes tipos de violencia. Abandono físico y/o emocional. Maltrato físico. Maltrato emocional. Abuso sexual. Síndrome de Munchausen. Violencia conyugal. Factores de riesgo. Factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar dirigida a los adultos mayores. Consecuencias de la violencia intrafamiliar. El abordaje interdisciplinario de la violencia. Marco legal. La prevención de la violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención. La promoción de formas no violentas de relación desde el primer nivel de atención. La detección de situaciones de violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención. La problemática de la violencia intrafamiliar y sus efectos sobre el equipo de salud. Plan de trabajo para el abordaje de la violencia intrafamiliar en el primer nivel de atención. Los grupos de Autoayuda como estrategia terapéutica. Trayectorias de búsqueda de ayuda. Plan de seguridad. Amparo en la Ley Nacional de Protección contra la Violencia Familiar.

-Unidad 3: La problemática de la Discapacidad .

La problemática de la discapacidad. Estructura de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Representaciones acerca de la discapacidad. Caracterización de la población con discapacidad. Sistema de Protección de los derechos de las personas con discapacidad. Marco Normativo Internacional. Identificación del Marco Normativo Nacional. Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Promoción de la Salud. Prevención de la Discapacidad. Rehabilitación .

Modulo 10b

Objetivos

- Conocer el fenómeno del envejecimiento demográfico.
- Repensar la relación entre vejez y salud.

- Tomar conciencia de la incidencia que las acciones de promoción y prevención tienen en la calidad de vida de los futuros adultos mayores en su comunidad.
- Definir la salud sexual y reproductiva.
- Visualizar las posibilidades de acción en materia de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención de la salud.
- Promover el conocimiento y ejercicio de los derechos Sexuales y Reproductivos.
- Conocer patrones alimentarios de la población.
- Diagnosticar los problemas nutricionales locales e identificar factores asociados.
- Promover la educación alimentaria nutricional como estrategia de carácter preventivo.

Unidad 1: La problemática de la Tercera edad

El envejecimiento de la población. La concepción de envejecimiento. Imágenes negativas y estereotipos sobre la vejez. Estrategias de abordaje en el primer nivel de atención. Marco de referencia para la atención de adultos mayores.

Unidad 2: La problemática de la Sexualidad y la Procreación

Salud, sexualidad y procreación. La perspectiva de género. La salud sexual y reproductiva como problema de salud pública. Estrategias de abordaje en salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención.

Unidad 3: La problemática de la Alimentación y la Nutrición

La alimentación y la nutrición – La seguridad alimentaria en Argentina- La alimentación y nutrición en las diferentes etapas de la vida. Alternativas para la acción en el primer nivel de atención.

CONDICIONES BASICAS NECESARIAS SOBRE LA ESTRUCTURA DOCENTE

Director de Posgrado

Cada unidad académica designará un **Director de posgrado** que será el **máximo responsable académico – administrativo del Posgrado**.

Equipo tutorial

El equipo tutorial estará formado por coordinadores docentes y tutores de campo. La designación de coordinadores docentes y tutores de campo deberá atender a la distribución geográfica de los centros de salud en donde realizan su formación en servicio los profesionales comunitarios. Se prevé un coordinador docente cada aproximadamente 60 cursantes y un tutor de campo para no más de 10 centros de salud.

El equipo tutorial deberá establecer canales de comunicación para garantizar la tarea conjunta y planificada de las actividades a realizar con los profesionales comunitarios.

A continuación, se presenta la descripción de perfiles y tareas correspondientes a los diferentes integrantes de este equipo.

Coordinadores docentes²

Perfil profesional

- Médico generalista, de familia, pediatra, tocoginecólogo, clínico, con residencia en la especialidad o formación equivalente y/o Lic. en Enfermería, y/o Profesional de las Ciencias Sociales: Lic. en Trabajo Social, Lic. en Antropología, Lic. en Psicología, Lic. en Ciencias de la Educación, Lic. en Sociología con formación en Salud Pública y/o en administración de servicios de salud;
- Experiencia de trabajo en los servicios de salud pública, preferentemente en el primer nivel de atención y con la estrategia de atención primaria.
- Experiencia docente universitaria.

El perfil que se sugiere es el de un profesional con iniciativa, capacidad de observación, herramientas para el análisis y para la coordinación de equipos.

Tareas que se espera que realice el coordinador docente

- Acompañar todo el proceso de capacitación, orientando las actividades de programación operativa de la capacitación.

² La designación de los coordinadores docentes estará a cargo de las universidades.

- Conformar un equipo de trabajo con los tutores en terreno, favoreciendo el trabajo conjunto, interactuando en todas las instancias con los miembros, construyendo consensos y distribuyendo responsabilidades.
- Coordinar las reuniones de seguimiento del equipo tutorial.
- Realizar la programación continua del curso de formación, que supone:
 - tomar decisiones operativas,
 - planificar, coordinar y facilitar los encuentros presenciales,
 - analizar la marcha del proceso de aprendizaje,
 - implementar las instancias de evaluación pertinentes.
- Garantizar la cobertura de la capacitación, según cantidad de destinatarios, grupos de actores y dependencias.
- Adecuar los propósitos y temáticas del curso al grupo de cursantes y al estado de situación de los efectores en donde se insertan los becarios. Esto implica:
 - Evaluar la pertinencia de los contenidos.
 - Realizar los ajustes necesarios en los encuentros presenciales.
 - Comunicar al equipo de coordinación central, todas las modificaciones y ajustes realizados.
- Diagnosticar necesidades de capacitación y detectar temáticas que requerirán instancias de formación focalizadas y específicas, organizadas a través de encuentros con especialistas, cursos sistemáticos, consultorías u otras modalidades de formación.
- Evaluar la implementación de la capacitación y el seguimiento de la gestión local del proyecto, que implica:
 - Realizar el seguimiento, el monitoreo y el análisis periódico de los resultados.
 - Evaluar la marcha de las actividades.
 - Proponer ajustes y soluciones a problemas de implementación detectados.
- Realizar informes que den cuenta de la marcha del proceso. Estos informes serán resultantes de los “balances” periódicos efectuados junto con los tutores a partir de los informes de campo, de los instrumentos de seguimiento y de evaluación de la capacitación.
- Acompañar a los cursantes en su proceso de aprendizaje, a través de tutorías vía e-mail y/o telefónicas, para:
 - Resolver dudas de contenido y de aplicación.
 - Facilitar y apoyar las instancias de aplicación y transferencia de los aprendizajes.
 - Evaluar el proceso de aprendizaje.

- Supervisar todo el proceso de formación, estableciendo momentos permanentes de intercambio con los profesionales comunitarios.
- Mantener comunicación permanente con el equipo de coordinación central. En este sentido, serán los encargados del envío de los informes de avance, que den cuenta de las acciones realizadas y de la programación del período siguiente.
- Acompañar a los profesionales en todo lo relacionado con el plan de estudios y con otras inquietudes relacionadas con el curso.
- Evaluar a los alumnos a través de exámenes parciales y finales del curso de estudio.

Tutores de campo³

Perfil profesional

- Médico pediatra, tocoginecólogo, generalista, de familia, sanitarista, y/o Lic. en Enfermería, y/o Profesional de las Ciencias Sociales: Lic. en Trabajo Social, Lic. en Antropología, Lic. en Psicología, Lic. en Ciencias de la Educación, Lic. en Sociología.

En todos los casos deberán reunir los siguientes requisitos:

- Acreditada experiencia de trabajo en los servicios o programas de salud pública, particularmente en el primer nivel de atención y con la estrategia de atención primaria.
- Preferentemente con formación en salud pública y/o en administración de servicios de salud y/o en salud social y comunitaria.
- Preferentemente con experiencia de trabajo con comunidades socialmente desfavorecidas.
- Con experiencia docente, preferentemente como tutor en terreno.

El perfil que se sugiere es el de un profesional con iniciativa, capacidad de observación, herramientas para el análisis y para la coordinación de equipos.

Tareas que se espera que realice el tutor de campo ⁴

- Acompañar **en terreno**, todo el proceso de implementación del posgrado, orientando a los profesionales comunitarios en el trabajo con los materiales

³ La designación de los tutores de campo estará a cargo de las jurisdicciones y deberá ser acordada con el equipo central de coordinación del proyecto del Ministerio de Salud de la Nación.

⁴ El Área Pedagógica del Programa Médicos Comunitarios- Equipos de Salud del primer Nivel de Atención, brindará asistencia y acompañamiento al equipo tutorial en todas las instancias que se consideren necesarias.

impresos y retomando la información producida en las actividades en terreno.

- Integrar un equipo de trabajo junto con el coordinador docente, favoreciendo el trabajo conjunto, interactuando en todas las instancias con los miembros, construyendo consensos y responsabilizándose de sus tareas.
- Participar de las reuniones de seguimiento del equipo tutorial.
- Colaborar con el coordinador docente en la evaluación de la implementación de la capacitación y en el seguimiento de la gestión del proyecto, que implica:
 - Realizar el seguimiento, el monitoreo y el análisis periódico de los resultados.
 - Evaluar la marcha de las actividades.
 - Formular las nuevas necesidades detectadas.
 - Proponer ajustes y soluciones a problemas de implementación detectados.
 - Elaborar informes de avance de los efectores a su cargo que den cuenta del proceso de implementación del proyecto.
- Releva toda la información administrativa necesaria para el funcionamiento del proyecto: cantidad de profesionales cursantes, seguimiento del cumplimiento de las distintas instancias de formación.
- Garantizar la cobertura de la capacitación en servicio, según cantidad de destinatarios, grupos de actores y tipo y tamaño de los efectores.
- Analizar los principales problemas en cada efector, como insumo de las instancias de capacitación, involucrando a los actores sustantivos en este análisis y en la búsqueda e implementación de alternativas de solución.
- Realizar la programación continua del curso de formación, especialmente en sus instancias en terreno. Esto supone:
 - Analizar la marcha del proceso.
 - Tomar decisiones operativas.
 - Incluir las problemáticas del terreno en la planificación de los encuentros presenciales.
- Realizar una planificación flexible y adecuada, a partir de diferenciar el estado de “avance” en la estrategia de APS en los efectores, discriminando la diversidad de puntos de partida en los distintos centros de salud (CS).
- Adecuar los propósitos y temáticas a trabajar al grupo de cursantes y al estado de situación de los efectores en donde se encuentren los profesionales comunitarios. Esto implica:
 - Evaluar la pertinencia de los contenidos.
 - Realizar los ajustes necesarios en los encuentros presenciales.
 - Comunicar a su coordinador docente todas las modificaciones y ajustes realizados.

- Articular a nivel local este proyecto con otras acciones de capacitación o estructuras de funcionamiento ya existentes, a fin de aprovechar estas iniciativas e integrar acciones.
- Acompañara los cursantes en su proceso de aprendizaje. Esto implica:
 - Resolver dudas de contenido y de aplicación.
 - Promover el trabajo interdisciplinario dentro del centro de salud (CS).
 - Facilitar y apoyar las instancias de aplicación y transferencia de los aprendizajes en los centros de salud (CS).
 - Implementar estrategias de intervención en el ámbito institucional y comunitario que promueva el aprendizaje conjunto.
 - Evaluar el proceso de aprendizaje realizado por cada cursante de los efectores a su cargo.
- Promover canales de comunicación e intercambio entre los becarios, los profesionales que se estén formando y los cursantes de diferentes centros de salud (CS).

ANEXO B - FORMA DE PAGO

El Ministerio de Salud de la Nación transferirá los fondos por alumno para la ejecución de cada uno de los módulos de capacitación.

El monto a transferir por alumno/ mes será por cada módulo y por adelantado.

El costo por alumno y por mes, contempla la totalidad de los gastos para la realización de cada módulo.

Al finalizar cada módulo y dentro de los diez (10) días hábiles, la Universidad presentará al Ministerio el informe académico- administrativo conforme planilla de rendición incluida en este convenio, condición necesaria para la transferencia de los fondos para el desarrollo del siguiente período.

El Ministerio transferirá fondos de acuerdo a la siguiente escala:

- Con la caída de hasta un 9 % de la matrícula inicial se seguirán transfiriendo el 100 % de los fondos estipulados por alumno / mes;
- Con una caída entre el 10 % y el 19 % de la matrícula inicial se transferirán el 90 % de los fondos estipulados por alumno / mes;
- Con una caída mayor del 20 % se realizará nuevamente el cálculo tomando en cuenta los mismos parámetros iniciales (cantidad de alumnos, CS involucrados).