

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR
REPÚBLICA ARGENTINA

LEGISLADORES

Resol 034/18

Nº **055**

PERIODO LEGISLATIVO **2018**

EXTRACTO: P.E.P. NOTA Nº 38/18 ADJUNTANDO DECRETO PROVINCIAL Nº 491/18 POR EL CUAL SE RATIFICA EL CONVENIO DE DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SANIDAD ESCOLAR REGISTRADO BAJO EN Nº 18075, SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO Y EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Entró en la Sesión de: 22/03/18

Girado a la Comisión Nº: PR AP

Orden del día Nº:



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina



NOTA N° 38
GOB.

Provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur Poder Legislativo PRESIDENCIA		
REGISTRO N° 473	06 MAR 2018	HORA 11:27
 Carolina ARCANDO Auxiliar Administrativa Dirección Despacho Presidencia PODER LEGISLATIVO		

USHUAIA, 05 MAR 2018

SEÑOR PRESIDENTE:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., en mi carácter de Gobernadora de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, con el objeto de remitirle fotocopia autenticada del Decreto Provincial N° 491/18, por el cual se ratifica el Convenio de Desarrollo y Ejecución del Programa de Sanidad Escolar registrado bajo el N° 18075, celebrado con el Ministerio de Salud de la Nación, representado por el Dr. Jorge Daniel LEMUS, a los efectos establecidos por los artículos 105 Inciso 7) y 135 Inciso 1) de la Constitución Provincial.

Sin otro particular, saludo a Ud. con atenta y distinguida consideración.

AGREGADO:
Lo indicado en el texto.-

PODER LEGISLATIVO SECRETARÍA LEGISLATIVA	
08 MAR 2018	
MESA DE ENTRADA	
N° 055	Hs. 12:00
FIRMA:	

 Dra. Rosana Andrea BERTONE
 Gobernadora
 Provincia de Tierra del Fuego,
 Antártida e Islas del Atlántico Sur

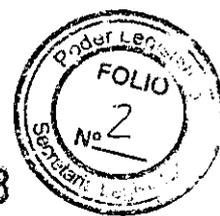
PASE A SECRETARIA
LEGISLATIVA

 Pablo Daniel BLANCO
 Legislador Provincial
 Poder Legislativo

07/03/18

AL SEÑOR
PRESIDENTE DE LA
LEGISLATURA PROVINCIAL
Dn. Juan Carlos ARCANDO
S/D.-

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Poder Ejecutivo



0491/18

USHUAIA, 27 FEB 2018

VISTO el Expediente N° 6113-MS/15 del registro de esta Gobernación; y
CONSIDERANDO:

Que mediante el mismo tramita la celebración el Convenio de Desarrollo y Ejecución del Programa de Sanidad Escolar celebrado entre la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, representado por el entonces Ministro de Salud, Dr. Marcos COLMAN, D.N.I N° 17.719.812 y el Ministro de Salud de la Nación, Dr. Jorge Daniel LEMUS, D.N.I N° 4.991.508.

Que el citado Convenio tiene por objeto y finalidad el desarrollo del Programa Nacional de Salud Escolar (PROSANE), destinado a niños, niñas y adolescentes del nivel inicial, Primario y/o Secundario.

Que el mismo fue suscripto en fecha veintisiete (27) de noviembre de 2017 y se encuentra registrado bajo el N° 18075, resultando procedente su ratificación.

Que corresponde remitir a la Legislatura Provincial el Convenio para su aprobación, en virtud de lo establecido en los Artículos 105, inciso 7 y 135, inciso 1 de la Constitución Provincial

Que la suscripta se encuentra facultada para el dictado del presente acto administrativo, en virtud de lo dispuesto por el Artículo 135 de la Constitución Provincial.

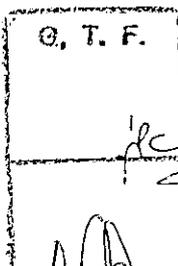
Por ello:

LA GOBERNADORA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR

DECRETA:

ARTÍCULO 1°.- Ratificar en todos sus términos el Convenio de Desarrollo y Ejecución del Programa de Sanidad Escolar celebrado entre la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, representado por el entonces Ministro de Salud, Dr. Marcos

///... 2



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Yamila C. ZELARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D. VR S I y T

*Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Poder Ejecutivo*



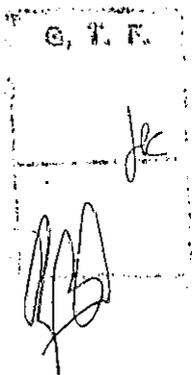
///... 2

COLMAN, D.N.I N° 17.719.812 y el Ministro de Salud de la Nación, Dr. Jorge Daniel LEMUS, D.N.I N° 4.991.508, el que se encuentra registrado bajo el N° 18075, cuya copia autenticada forma parte integrante del presente.

ARTÍCULO 2°.- Remitir copia autenticada del presente a la Legislatura Provincial para su correspondiente aprobación, conforme lo estipulado en los artículos 105 inciso 7° y 135 inciso 1 de la Constitución Provincial.

ARTÍCULO 3°.- Notificar al Ministerio de Salud de la Nación y a quienes corresponda, comunicar, dar al Boletín de la Provincia y archivar.

DECRETO N° **0491/18**




Dr. Guillermo Adrián Ruckauf
Ministro de Salud


Dra. Rosana Andrea BERTONE
Gobernadora
Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


Yamila C. ELARAYÁN
Jefe de Departamento



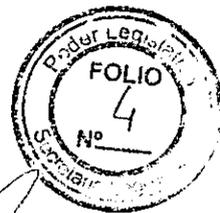
Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18075

FECHA.....27.NOV.2017.....



Marcos S. ANIBALDI
Director Depto. Adm. y Registro
D.G.D.C. y R.-S.L. y T.

ANEXO I

CONVENIO DE DESARROLLO Y EJECUCION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR

Entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur, en adelante "LA PROVINCIA", representado en este acto por el Sr. Ministro de Salud Dr. Marcos Colman, con domicilio en San Martín N°450, Ciudad de Ushuaia, y el MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, representado en este acto por el Sr. Ministro Dr. Jorge Daniel Lemus, con domicilio en la Av. 9 de Julio N° 1925, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante "LA NACIÓN", se conviene en celebrar el presente Convenio para la IMPLEMENTACIÓN del PROGRAMA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR (PROSANE) en el territorio provincial/municipal/ de la caba, a tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El presente Convenio tendrá como objeto y finalidad la implementación del PROSANE, en las escuelas de nivel inicial, primario y/o secundario de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur , procediendo LA PROVINCIA, a realizar a la población objetivo definida en el **ANEXO A**, las actividades que a continuación se detallan:

- **Control Integral de Salud**, definido en el **ANEXO B**,
- Seguimiento y resolución de las problemáticas detectadas en el **Control Integral de la Salud**, permitiendo el acceso y la referencia de la población de escolares al primer, segundo o tercer nivel de atención.
- Implementación y sistematización de proyectos de Promoción y Educación para la Salud en las comunidades educativas.

SEGUNDA: El PROSANE se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Los equipos del primer nivel de atención de cada jurisdicción visitarán las escuelas pertenecientes a su área programática para realizar el **Control Integral de**

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. ZEMARAYAN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D.C. y R.-S.L. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18075

FECHA 27 NOV 2017



Marcelo S. ANIBALDI
Director Depto. Adm. y Registro
D.S.D.E. y R.-S.L. y T.

Salud a su población objetivo. A dichos efectos, realizarán el **Control Integral de Salud**, la carga de la **Planilla de Datos** conforme lo indicado en el **ANEXO C** del presente, y las actividades de promoción de la salud. Asimismo, tendrán a su cargo referenciar a la población de escolares al primer, segundo o tercer nivel para el seguimiento y la resolución de las problemáticas detectadas.

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

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

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

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

QUINTA: LA NACIÓN tendrá las siguientes facultades:

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. ZERARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D.C. y R. S. L. y T.



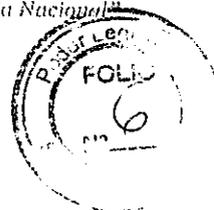
Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18075

FECHA 27 NOV 2017



Marcos S. ANIBALDI
Director Dept. Adm. y Registro
D.S.D. y P.-S.L. y T.

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

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

Instancias de Monitoreo

- 1) **Relevamiento en escuelas y centros de salud:** evaluación de la calidad del **Control Integral de Salud**, y el cumplimiento de las actividades de promoción propuestas en el **Plan de Trabajo Anual**.
- 2) **Mesa de gestión:** el análisis del alcance de las metas propuestas en el plan de trabajo se realizará en una mesa de gestión, la que contará con la participación de los referentes locales de cada área implicada en el desarrollo de las acciones de salud para la población objetivo.

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

e) Realizar modificaciones al presente convenio, previa notificación a LA PROVINCIA, con anterioridad al 1º de Diciembre del año que corresponda. Las modificaciones aludidas surtirán efecto para ambas partes, a partir del 1º de enero del año subsiguiente. Dicha facultad se podrá ejercer cada dos años.

Para el caso de que las modificaciones fueran propiciadas por LA PROVINCIA, las mismas deberán ser propuestas previa notificación a LA NACIÓN antes del 1º de Noviembre del año que corresponda, quedando facultada LA NACIÓN, a través de la SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, para aceptarlas o rechazarlas antes del 1º de Diciembre del mismo año. Las modificaciones podrán llevarse a cabo en forma anual. En caso de que la enmienda propiciada por LA PROVINCIA fuera aceptada por LA NACIÓN, la misma surtirá efectos para ambas partes a partir del 1º de enero del año subsiguiente.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila XELARAYÁN
Jefe de Departamento Despliego
D.G.C. y R. S. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO Nº 18075

FECHA 27 NOV 2017



Marcelo S. ANIBALDI
Director Depto. Adm. y Registro
D.A.D. y R.-S.L. y T.

SEXTA: LA NACIÓN tendrá la obligación de transferir a LA PROVINCIA los fondos para la implementación del PROSANE, en los términos indicados en el **ANEXO E** del presente convenio.

El monto máximo a transferir resultará del producto de la cápita establecida por LA NACIÓN por la cantidad de niños, niñas y adolescentes estipulados en el **Plan de Trabajo Anual**.

SÉPTIMA: LA PROVINCIA se obliga a:

- a) Designar un Referente para el desarrollo e implementación del Programa en la jurisdicción.
- b) Impulsar el trabajo articulado y sostenido entre los Ministerios de Salud y Educación jurisdiccionales y/o sus equivalentes locales.
- c) Definir y planificar en forma conjunta con las áreas del Ministerio de Salud involucradas en la implementación del PROSANE acciones e intervenciones de Salud en la comunidad educativa que contemple el curso de vida de cada individuo a fin de lograr un mayor impacto sanitario y la optimización de los recursos.
- d) Elaborar y presentar a LA NACIÓN en tiempo y forma el **Plan de Trabajo Anual**, el **Informe de Gestión Sanitaria** y el **Informe de Aplicación de Fondos**, conforme la Resolución Ministerial N° 979/2011.
- e) Comprometer al primer nivel de atención en la implementación del PROSANE en las escuelas de su área programática en cada Jurisdicción.
- f) Sensibilizar y capacitar a los equipos de los centros de salud acerca de los objetivos del Programa y las actividades a realizar.
- g) Monitorear la calidad del desempeño de los equipos de trabajo en el **Control Integral de Salud**, las acciones de promoción y educación para la salud, el registro de la información, las condiciones de confidencialidad de los datos y la devolución de la

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. ZELARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO
BAJO Nº 18075
FECHA 27 NOV 2017



Marcelo S. ANIBALDI
Director Depto. Adm. y Registro
D.G.A. de P.S.I. y T.

información a los padres, tutores y docentes. Este accionar se inscribirá dentro del marco del ejercicio de Buenas Prácticas en Salud y Educación.

h) Contribuir y coordinar acciones destinadas al seguimiento y resolución de las problemáticas detectadas.

i) Disponer de una cuenta bancaria a efectos de que LA NACIÓN transfiera los fondos necesarios para la implementación del PROSANE en LA PROVINCIA.

j) Cumplir en tiempo y forma con la presentación de la documentación requerida para la implementación del PROSANE, a saber:

j.1) PLAN DE TRABAJO ANUAL

Elaborar en conjunto con el Ministerio de Educación el **Plan de Trabajo Anual**. El mismo deberá ser remitido a LA NACIÓN para su posterior aprobación antes del 31 de diciembre del año precedente al año planificado, en los términos previstos en el **ANEXO D** que forma parte integrante del presente.

j.2) BASE DE DATOS

Para la transferencia de fondos se reconocerán las **Planilla de Datos** de niños/as y adolescentes evaluados, que hayan sido cargadas hasta el 31 de octubre del año en curso, según lo estipulado en la **CLÁUSULA CUARTA**.

j.3) INFORME DE GESTIÓN SANITARIA (I.G.S.)

El **Informe de Gestión Sanitaria** previsto en el **ANEXO E** del presente, deberá ser remitido al finalizar la carga de las Planillas del **Control Integral de Salud**, hasta el 15 de noviembre del año en curso.

j.4) INFORME DE APLICACIÓN DE FONDOS (I.A.F.)

El **Informe de Aplicación de Fondos** previsto en la Resolución Ministerial Nº 979/2011 y en **ANEXO G** del presente, deberá ser presentado al cierre del año trabajado y antes del 31 de marzo del siguiente año.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. FELARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO Nº 18075

FECHA 27 NOV 2017

Marcos S. ANIBALDI
Director Básic Adm. y Financiera
D.G.D.C y R.S.L. y F



OCTAVA: El presente convenio no generará vínculo alguno de ningún tipo entre LA NACIÓN y el personal contratado por LA PROVINCIA para llevar a cabo las obligaciones asumidas en virtud del presente convenio, no creando relación laboral de dependencia, de principal y agente, ni relación contractual alguna, entre LA NACIÓN y dicho personal. LA PROVINCIA manifiesta en este acto que exime a LA NACIÓN de toda responsabilidad por reclamos de cualquier índole (laborales, daños y perjuicios y/o contractuales) que pudieren surgir por parte de los profesionales contratados, dependientes o vinculados de cualquier otro modo con LA PROVINCIA a efectos del cumplimiento de este Convenio. LA NACIÓN no asume responsabilidad alguna sobre aportes previsionales, cargas sociales, seguros de vida, enfermedad, accidentes de viaje u otros seguros que eventualmente pudieran corresponder o ser necesarios o convenientes para los profesionales dependientes o contratados de LA PROVINCIA en cumplimiento del presente Convenio.

LA PROVINCIA responderá directa, exclusiva y excluyentemente, y en su caso, indemnizará a LA NACIÓN en todos los juicios, reclamos, demandas y responsabilidades de toda naturaleza y especie, incluidas las costas y gastos, que se derivaren de actos y/u omisiones de los profesionales dependientes o contratados de LA PROVINCIA responsabilizándose LA PROVINCIA de toda consecuencia dañosa causada por omisión o derivada de las prácticas médicas y/o paramédicas, y/o del incumplimiento y/o del cumplimiento defectuoso de cualquier obligación emergente del presente convenio.

NOVENA: El presente convenio comenzará a regir a partir del momento de la firma y permanecerá vigente, salvo que mediare ejercicio de la facultad de rescisión prevista en la CLÁUSULA DÉCIMA del presente convenio.

La vigencia del presente convenio estará sujeta a la presentación por parte de LA PROVINCIA del **Plan de Trabajo Anual**. La falta de remisión del **Plan de Trabajo Anual** antes del vencimiento del plazo establecido acarreará la suspensión de pleno derecho de los efectos del presente Convenio durante el año que corresponda. Los

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL.

Yamila C. ZELARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D.C y R. S.L. y F



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO
BAJO N° 18075
FECHA 27 NOV 2017



Marcos S. ANIBALDI
Director de Asesoría y Registro
D.C.D.C. y D.-S.L. y T.

efectos así suspendidos quedarán automáticamente reanudados una vez que el PLAN DE TRABAJO sea remitido para el año subsiguiente que corresponda.

DÉCIMA: LA PROVINCIA podrán rescindir el presente convenio, previa notificación fehaciente a la otra parte con una antelación no menor a treinta (30) días corridos. Asimismo, LA NACIÓN podrá resolver el presente convenio ante el incumplimiento por parte de LA PROVINCIA de las obligaciones a su cargo, sin necesidad de intimación, ni interpelación judicial.

La resolución o rescisión por parte de LA NACIÓN exime a LA PROVINCIA de la obligación de completar el **Plan de Trabajo Anual**, no así de dar respuesta a las patologías detectadas, presentar el **Informe de Gestión Sanitaria** y el **Informe de Aplicación de Fondos** donde conste la utilización de los mismos, los que si no hubieran sido ejecutados en su totalidad deberán ser restituidos a LA NACIÓN dentro de un plazo no mayor a veinte (20) días hábiles a contarse desde que se ha hecho efectiva la resolución o rescisión, mediante depósito en cuenta bancaria de titularidad del ESTADO NACIONAL a informar oportunamente por LA NACIÓN.

Ante la resolución o rescisión ejercidas por parte de LA PROVINCIA, se deberán cumplimentar cada una de las obligaciones que refieren al cumplimiento del **Plan de Trabajo Anual**, como asimismo, la de presentar el **Informe de Gestión Sanitaria** y el **Informe de Aplicación de Fondos**, debiendo restituir a LA NACIÓN, en caso de corresponder, los fondos no ejecutados, en la forma prescripta en el párrafo anterior.

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. ZELARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.C.D.C. y D.-S.L. y T.



Ministerio de Salud de la Nación



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

DÉCIMO SEGUNDA: Las partes, de común acuerdo, a partir de la firma del presente, dan por rescindido el Convenio Res. Must. N° 2082/11 celebrado entre ambas en fecha 17 Noviembre de 2015.

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

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

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, a los 30 días del mes de Diciembre de 2016

Dr. Marcos Arquirio COLMAN
Ministro de Salud

Dr. JORGE DANIEL LEMUS
MINISTRO DE SALUD

G. T. F.
CONVENIO REGISTRADO
BAJO N° 18075
FECHA 27 NOV 2017

Mercedes A. ARRIBAS
Directora D.G.P. Asun. y Registro
D.G.D.C. y R.-S.L. y T.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila CZELARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D.C. y R. S. I. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18075

FECHA 27 NOV 2017



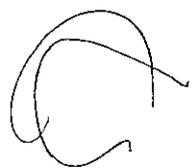
MARCO S. ANIBALDI
Director Depto. Adm. y Registro
D.G.D.A. y S.-S.L. y T.

ANEXO A

POBLACIÓN OBJETIVO

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

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



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila ZELARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D.A. y R. S. L. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO
BAJO N° 18075
FECHA 27 NOV 2017



Marcelo S. ANIBALDI
Director Dep. Adm. y Registro
D.G.D. P. 7. 4.L. y T.

ANEXO B

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

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

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

El **Control Integral de Salud** comprende:

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila CAPELLARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D. P. 7. 4.L. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO
BAJO N° 18075
FECHA 27 NOV 2017



MARCELO S. ANIBALDI
Director Depto. Adm. y Registro
D.G.D.C. y R.G.S. y I

ANEXO C

PLANILLA DE DATOS

PROSANE
Programa Integral de Salud Escolar

Planilla N°
N° sector del centro de salud:
Fecha de examen: / /

CONTROL INTEGRAL DE SALUD

Señores Padres: a continuación les brindamos que completará la administración y a siguiente información que será de utilidad para que los equipos de salud realicen las evaluaciones completas a su hijo/a o adolescente. Los datos brindados serán limitados con la máxima confidencialidad. En caso de tener alguna duda pueden acercarse a la escuela o al centro de salud.

PARA SER COMPLETADO POR LA FAMILIA (PARENTES O C/C)

AUTOMATIZACION
Autoriza al equipo de salud a realizarle a mi hijo/a un examen físico y antropométrico, y a aplicar las vacunas correspondientes para completar el calendario si fuera necesario.
Nombre y apellido del padre/madre o tutor:
Tipo de documento del padre/madre o tutor: N° de documento: Firma:

DATOS DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE
Nombre y apellido del niño/a o adolescente:
Domicilio: Calle N° Pto. Upto. Manzana Casa NT Pzta
Provincia: Departamento: Localidad:
Teléfono fijo: Celular:
Tipo de documento: N° de documento: Sexo: F M
Fecha de nacimiento: / / Edad (en años):

Colección de salud
 Dña. Bocar (bch) (PAMI)
 Programa o planes estatales de Salud (asignación universitaria, plan Salud, etc.)
 Plan privado o Prepaga No tiene (Dña. Bocar, Prepaga o Plan estatal)

Nivel educativo del niño/a o adolescente
 Inicial Básico
 Primario Secundario
 Secundario Otro

Antecedentes de salud del niño/a o adolescente
¿Nació prematuro? SI No No sabe Sí No No sabe
¿Tiene o ha tenido convulsiones o epilepsia? SI No No sabe
¿Tiene o ha tenido vómitos de marcos, desmayos, pérdida del conocimiento, dolor fuerte en el pecho, palpitaciones o dificultad para respirar durante o después del ejercicio? SI No No sabe
¿Tiene o ha tenido infecciones urinarias o repetidas? SI No No sabe
¿Tiene o ha tenido expensas hepáticas o repetidas o crónicas? SI No No sabe
¿Le han diagnosticado diabetes? SI No No sabe
¿Presenta o ha presentado presión arterial alta? SI No No sabe
¿Le han diagnosticado cardiopatía congénita o algún otro problema del corazón? SI No No sabe
¿Ha tenido algún traumatismo o accidente que haya requerido internación? SI No No sabe
¿Tiene o ha tenido expensas de albúmina fecal o a repetición? SI No No sabe
¿Tiene o ha tenido dolor o molestias intestinales del tipo? SI No No sabe
¿Alguna vez estuvo internado? ¿Cuál fue la causa de la internación? SI No No sabe
Causa:

¿Alguna vez consultó médica, psicológica, fonoaudiológica, etc.? SI No No sabe
¿Hay algo de lo salud de su hijo/a que le preocupa? SI No No sabe
¿Qué le preocupa?

¿Cuándo fue la última vez que un médico pasó y midió al niño/a y comentó su estado de vacunación? Hace menos de 1 año Hace más de 1 año Hace un año
¿Tiene algún problema de salud en familia (diabetes, hipertensión)? SI No No sabe
¿Qué?

ANTECEDENTES DE SALUD DEL PADRE/MADRE Y/O HERMANOS DEL NIÑO/A ADOLESCENTE
¿Tienen o han tenido algún problema de salud importante? SI No No sabe SI No No sabe
¿Algun familiar de más de 67 años sufrió alguna lesión o enfermedad? SI No No sabe

PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA (RESPONSABLES)
Nombre de la escuela:
Ambiente de la escuela: Buena Regular Mala Mala Buena Regular Mala
¿Es una escuela bilingüe? SI No
¿Es una escuela rural (con o sin prepaga)? SI No
¿Hay algo del niño/a o adolescente que le preocupa? SI No No sabe
¿Qué le preocupa?

PARA SER COMPLETADO POR EL EQUIPO DE SALUD
Nombre y apellido del profesional:
Muestra N°:
Especialidad: General Otro Otro Otro Otro
¿Tiene algún comentario? SI No No sabe
¿De acuerdo con la escuela? SI No No sabe
Realización de examen clínico: SI No No sabe
Lugar de realización del examen: En la escuela En el Centro de Salud
 No No fue solicitado por la familia Estoy esperando el momento Otro

Ministerio de Educación | Ministerio de Salud | Presidencia de la Nación
CONSTANCIA DEL CONTROL INTEGRAL DE SALUD
El equipo de salud efectuó el control integral de salud a la familia para su inscripción en la Escuela.
Planilla N°
N° sector del centro de salud:
Fecha de examen: / /

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. ZALARAYÁN
Jefe de Departamento Despacho
D.G.D.C. y R.S.I. y I



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18075

FECHA 27 NOV 2017



Marcelo S. ANIBALDI
Director Ejec. Adm. y Registro
D.G.O.S. y R.-S.L. y T.

Control Integral de Salud (cont.) PROSANE

Formulario de evaluación médica con secciones: Evaluación antropométrica, Presión arterial, Agudeza visual, Hallazgos clínicos (Piel y anexos, P. blandas, Cardiovascular, Respiratorio, Abdominal, Genitourinario niños, Genitourinario niñas, Osteoarticular, Neurológicos, Salud visual, Salud fonco-auditiva).

PARA SER COMPLETADA POR EL DENTÓLOGO: Incluye datos de nombre y apellido del profesional, fecha del examen, firma y sello, y evaluación de salud bucal.

DERIVACIONES INTERCONSULTAS: Tabla de derivaciones a otros especialistas como Odontología, Urología, O.H.L., Dermatología, etc.

Dejo constancia que a... años de edad se le ha realizado un Control Integral de Salud. Da no haber interconsultas clínicas que dolián lo contrario, esta constancia tiene validez por un año. Observaciones:

Presente vacunas completas para su edad
Presenta vacunación en curso
Debe completar vacunas
Dia Mes Año Firma y sello del médico



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. EXARAYÁN
Jefa de Departamento Despacho



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO Nº.....18075.....

FECHA.....27...NOV...2017.....



Marcos S. ANIBALDI
Director de Adm. y Registro
D.G.M. Nº 1.517 y 7

ANEXO D

PLAN DE TRABAJO ANUAL

1) Presentación del PLAN DE TRABAJO ANUAL:

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

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

- a) Breve caracterización socio demográfica de la población objetivo, especificando la constitución del sistema público de salud y de educación.
- b) Identificación de la población a evaluar y especificación de los centros de salud del primer nivel de atención que participarán del Programa Provincial y las escuelas seleccionadas que pertenecen a su área programática.

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

c) Estrategias de acompañamiento/seguimiento de todas las derivaciones hasta la efectiva resolución, identificando las redes existentes en el territorio,



ES COPIA (DEL DEL ORIGINAL)

Yamila C. PELARAYÁN
Jefe de Departamento Dpto. 1111
D.G.M. Nº 1.517 y 7



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18075

FECHA 27 NOV 2017



Marcos S. ANIBALDI
Director Dep. Adm. y Registro
D.C.D.C. y R.-S.L. y T.

destinadas a dar respuesta a las patologías de mayor prevalencia para este grupo etario: Sobrepeso y obesidad, salud bucal, evaluación oftalmológica y equipamiento con lentes, hipoacusias y casos de maltrato infanto-juvenil.

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila ZELARAYÁN
Jefe de Departamento
D.C.D.C. y R.-S.L. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18075

FECHA 27 NOV 2017



Marcos ANIBALDI
Director de Ases. y Registro
D.G.D. y R.S.L. y T.

ANEXO E

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

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

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

a. **El Anticipo** será transferido a los treinta (30) días hábiles, contados a partir de la notificación por parte de LA PROVINCIA, de la aprobación del **Plan de Trabajo Anual**. El mencionado anticipo será equivalente al 30% del producto de la cápita por la cantidad de niños, niñas y/o adolescentes estipulados en el **Plan de Trabajo Anual**.

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

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. ZELARAYÁN
Jefa de Departamento Despacho
D.G.D. y R.S.L. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.
CONVENIO REGISTRADO
BAJO N° 18075
FECHA 27 NOV 2017



Marcos S. ANIBALDI
Director de Reg. Adm. y Registre
D.G.A.D. y R.G.L. y T.

ANEXO F

INFORME DE GESTIÓN SANITARIA (I.G.S.)

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

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

A partir de este diagnóstico de situación, que incluirá el análisis de variables cuantitativas y cualitativas, se deberán plantear estrategias de acción local, especificando metas de corto y mediano plazo, nivel de articulación que cada jurisdicción considere necesario.

Se deberán incluir todas aquellas dificultades y logros durante el desarrollo del Programa.

Asimismo, el I.G.S. deberá contemplar una evaluación cualitativa de la gestión del año de actividad. Esta evaluación se desarrollará en base a tres ejes: logros, dificultades y desafíos, que posteriormente serán plasmados en las estrategias que se plantearán para la elaboración del **Plan de Trabajo Anual**.

ES COPIA FIDEL DEL ORIGINAL

Yamila ZELARAYÁN
Jefe de Departamento Despliegue



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.
CONVENIO REGISTRADO
BAJO N° 18075
FECHA 27 NOV 2017



Marcos S. AMBOLDI
Director Depto. Adm. y Registro
D.C.D.C. R. S. I. y T.

ANEXO G

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

El Informe de Aplicacion de Fondos se deberá presentar antes del 31 de marzo del año siguiente al de la aplicación de los fondos,

Dicho I.A.F. tendrá carácter anual e integrador y comprenderá la información de la totalidad de los fondos aplicados para la implementación del PROSANE según se detalla en el Plan de Trabajo Anual.

Gastos Elegibles

LA NACIÓN admitirá únicamente aquellos gastos que cumplan con los criterios de razonabilidad y eficiencia para la ejecución del Programa en LA PROVINCIA , sin perjuicio de lo que disponga/n la/s normativa/s contable/s jurisdiccional/es en relación con la aplicación de dichos fondos.

El I.A.F. será presentado en carácter de DECLARACIÓN JURADA, conforme el modelo aprobado por Resolución Ministerial N° 979/11 y debera acompañarse la documentación indicada en la citada norma.

Toda vez que LA PROVINCIA, deberá ser titular de una cuenta bancaria exclusiva a efectos de la ejecución del Convenio PROSANE, LA PROVINCIA, deberá acompañar el extracto bancario del cual surja el saldo de dicha cuenta bancaria a la fecha de confección del INFORME DE APLICACIÓN DE FONDOS.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila ZEILARAYÁN
Jefe de Departamento Despliegue
D.C.D.C. R. S. I. y T.



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 18.075

FECHA 27 NOV 2017



Marcelo S. ANIBALDI
 Director Dept. Adm. y Recursos
 D.G.P.A. P. G.L. y F.

MODELO DE INFORME DE APLICACIÓN DE FONDOS

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

- PLAN DE TRABAJO PRESENTADO:
- CAPITA FIJADA:
- CANTIDAD DE NIÑOS EXAMINADOS:
- MONTO TRANSFERIDO:

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. ELARAYAN
 Jefe de Departamento Despacho



Ministerio de Salud de la Nación

G. T. F.

CONVENIO REGISTRADO

BAJO N° 1.8075

FECHA 27 NOV 2017



Manrico S. ANIBALDI
Director Dept. Adm. y Registro
D.G.D.A. y R.G.L. y T.

Otorgada.....	\$.....
Intervencion Documentada rendida en la presente.....	\$.....-
Saldo a Invertir.....	\$.....-

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

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

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

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Yamila C. RELARAYÁN
Jefe de Departamento Despesas
D.G.D.A. y R.G.L. y T.