

San Miguel de Tucumán, 4 de Abril de 2012. -

C I R C U L A R N° 01 - 12

PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS
Y EQUIPO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

A los Directores de Áreas Programáticas, Operativas, Jefes de Servicios y RRHH del PMC

En mi carácter de Responsable Provincial del Programa Médicos Comunitarios me es grato dirigirme a ustedes, a fin de poner en vuestro conocimiento los siguientes puntos a tener en cuenta:

1- Se firmó la Prorroga del Convenio Marco entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Provincia de Tucumán desde el 1 de Abril de 2012 hasta al 31 de Marzo de 2013.

2- Es obligación de los Jefes de Servicios llevar el correspondiente control de las asistencias y notificar en forma inmediata, a esta Coordinación Provincial, la situación de aquellos becarios que se ausenten del Centro Asistencial sin aviso y por un periodo superior a dos días.- Igualmente deben informar el incumplimiento de la carga horaria correspondiente, tanto en lo asistencial como en las actividades comunitarias en terreno.-

Los becarios no pueden ausentarse del servicio sin justificar y acreditar los motivos correspondientes. Toda falta injustificada constituye infracción al convenio y pasible de la correspondiente sanción.-

3- Las Efectivas Prestaciones del personal bajo Programa deberán presentarse del 01 al 05 de cada mes, **sin excepción**, en las oficinas de la Dirección Gral. de RRHH en Salud de Mendoza N° 330 en el horario de 8 a 13 hs. y de Lunes a Viernes. Las mismas deberán contener el nombre completo del agente, días, horarios y lugar donde cumple servicio. En caso de presentar novedades (inasistencias) deberá estar especificado el tipo y razones de las mismas, consignando las fechas de ausencias. Se adjunta a la presente como **Anexo II** modelo para la presentación.

4- En cuanto a las Licencias del personal bajo programa, gozaran de las siguientes:

- a) Por enfermedad o accidente inculpable
- b) Por accidente de trabajo
- c) Por Maternidad
- d) Por fallecimiento de familiar
- e) Por Matrimonio

Para los ítems **a) b) y c)** deberán regirse según las normativas y circuitos administrativos correspondientes al personal de planta transitoria a través de la División de Reconocimiento Médico del Si.Pro.Sa. La constancia emitida por la mencionada División deberá ser fotocopiada y presentada adjunta a la Efectiva Prestación de servicio. De igual forma se hace referencia al alcance de licencia por familiar enfermo.

4- Las licencias por capacitación fuera de la provincia, deberán ser remitidas con anticipación, por Expte a esta Coordinación Provincial, con opinión favorable del Jefe de Servicio y Área Operativa, para consideración y autorización de la misma teniendo en cuenta siempre de no afectar el normal funcionamiento del servicio.

5- Los RRHH del Programa no gozan de licencias por estudio para examen.

6- Con respecto a la licencia por Vacaciones anuales estarán sujetas a disposiciones que surgirán entre la Coordinación Nacional y Provincial del Programa las que serán comunicadas oportunamente.-

7- El monto total en concepto de sueldo está sujeto a la efectiva prestación de servicios, que percibirá mensualmente y la periodicidad de dicho pago estará sujeto a la regularidad de las transferencia de los fondos enviados por Nación, que además incluye cobertura social (aportes jubilatorios, obra social, seguro de riesgo de trabajo y seguro de vida social obligatorio).

8- Se reitera que la carga horaria será de un total de treinta (30) horas semanales de lunes a viernes de las cuales 20 hs serán asistenciales y 10 hs en Terreno para trabajo comunitario (serán programadas de acuerdo a las necesidades de la comunidad y el servicio), tutoría o visita del Facilitador.

9- La forma y modalidad de la prestación de servicio por parte del personal serán reguladas y debidamente notificados por el Responsable Provincial por lo cual se adjunta en el **Anexo I** Instructivo y planilla de registro mensual de actividades

comunitarias (RAC) *obligatorias y sin excepción*, las que serán presentadas mensualmente con la efectiva Prestación a partir del mes de Mayo del cte. año.

10- El desplazamiento o remoción del lugar de trabajo del personal será de exclusiva potestad y responsabilidad del Responsable Provincial del Programa.

En cuanto a los cambios de horarios los mismos deben ser consensuados entre los Directores de Áreas Programáticas, operativas, Jefe del servicio y el agente, comunicando de esta decisión a esta Coordinación provincial para su No Objeción, debiendo remitir la nueva Declaración Jurada de horarios.

Atentamente.-



Lic. Federico Jordan
Responsable Provincial del PMC

ANEXO I

Instructivo para el llenado del Registro de Actividades Comunitarias para la Prevención y Promoción de la Salud

- La planilla de Registro de Actividades debe estar en un lugar de libre y fácil acceso para todo el equipo de salud, así todos los integrantes pueden registrar todas las actividades que se realizan.
- Antes de que la planilla comience a completarse con las actividades, debe completarse la **Provincia**, el **Área Operativa**, el Efector **CAPS/ CIC** y el **Mes** correspondiente a las actividades.
- La planilla debe llenarse de izquierda a derecha (fila). Cada fila debe ser una actividad. No debe completarse más de una actividad por fila.
- Los encabezados de las columnas indican los ítems que deben completarse por cada actividad:
 - ✓ **Fecha:** Debe consignar la fecha en que fue realizada la actividad, con el formato día-mes-año (Ejemplo: 03-04-2012).
 - ✓ **Problema de Salud:** Debe indicarse el problema de salud al que apunta la actividad realizada (Ejemplo: Hipertensión, Diabetes, violencia familiar, saneamiento ambiental, etc.).
 - ✓ **Origen de la Propuesta:** Indica el ámbito desde donde se genera la propuesta para la actividad. Completar con las opciones que están debajo de la planilla, correspondiente a este ítem (1: Comunidad, 2: Equipo, 3: Ambos, 4: Organismos de conducción central –que pueden ser: Municipio, Provincia, Nación-).
 - ✓ **Lugar de realización:** Indica el lugar donde se desarrolló la actividad registrada (Codificado como 1: Centro de Salud; 2: Otra institución; 3: Otros).
 - ✓ **Articulación intersectorial:** Debe indicar si existió o no articulación intersectorial en la actividad registrada (Opción Si, si hubo; Opción NO, si no hubo). Por Articulación Intersectorial se entiende todas aquellas acciones que se realicen conjuntamente con sectores que no son Salud. (Ejemplo: Educación, Desarrollo Social, etc.)
 - ✓ **Tipo de Actividad:** Se detalla el tipo de actividad registrada, clasificada en las opciones debajo de la planilla correspondiente a este ítem (1: Taller, 2: Recreativa/Deportiva, 3: Visita Domiciliaria, etc.)
 - ✓ **Nº total de participantes de la Comunidad:** Debe completarse con el número de personas de la comunidad que participaron en cada actividad registrada.
 - ✓ **Cantidad de integrantes del equipo que participaron según perfil:** Completar la cantidad de miembros que integran el equipo de salud por cada actividad realizada (fila) según su especialidad. Debajo se codifican las especialidades (1: Médico/a, 2: Psicólogo/a, etc.).
 - ✓ **Proyectos Comunitarios:** Completarse con el Nombre del o los proyectos que están en ejecución. Colocar los nombres de los miembros del equipo de

salud que participan en el mismo y consignar periodo de vigencia planificado.
Destacar con una X en caso que alguno participe en los PLP.