

**DOCUMENTO DE ACREDITACIÓN DE SEDES DE RESIDENCIAS
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

1

ASPECTOS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD

Municipio:

1.1. Nombre del Centro de Salud:

1.2. Dirección:

1.3. Jefe del Centro:

1.4. E-mail:

1.5. Teléfono:

1.6. Recursos Humanos del Centro de Salud

Disciplina / Especialidad	Nombre y Apellido	Carga horaria / sem.	Dependencia	Días que concurre
Medicina General				
Pediatría				
Clínica Médica				
Tocoginecología				
Otras				
Psicología				
Trabajo Social				
Administrativo				
Promotores de salud / Agentes sanitarios / Agentes nutricionales				

1.7. Existencia de profesionales con vocación docente explícita en el Centro de Salud (adjuntar Curriculum Vitae)

Nombre y Apellido	Disciplina / Especialidad	Tiempo disponible para actividades docentes

1.8. Actividades desarrolladas en el CAPS, horarios y responsables

Actividad	Nombre y Apellido	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábados
Asistencia							
Docencia							
Gestión							
Investigación							
Actividad Comunitaria							

CARACTERÍSTICAS DE INFRAESTRUCTURA / INSUMOS

2.1. Consultorios

Número:

Acceso a lavamanos dentro del CAPS: SI NO

2.2. Completar los casilleros correspondientes

	SI	NO	Estado
Espacio para reuniones de equipo			
Salón de usos múltiples (*)			
Consultorio de enfermería			
Sala de estar para el personal			
Baño para el personal			

(*) no necesariamente dentro del Centro de Salud

2.3. Adjuntar croquis del centro de salud

2.4. Equipamiento

Materiales	SI	NO	Estado
Tensiómetro Adultos			
Tensiómetro Niños			
Estetoscopio			
Pinard			
Balanza Adultos			
Balanza Pediátrica			
Cinta métrica inextensible			
Pediómetro			
Otoscopio			
Gestograma			
Martillo de reflejos			
Caja de emergencias			
Ambú			
Laringoscopio			
Silla de ruedas			
Heladera para vacunas			
Esterilizadora			
Sillón odontológico			
Instrumental de odontología			

Riñonera			
Tambores			
Nebulizador			
Termómetro/s			
Caja de curaciones			
Colposcopio			
Camilla: Adulto. Pediátrica. Ginecológica			
Fotósforo			
Material descartable			
Material de sutura -en forma regular -en forma irregular			
Material de curación -en forma regular -en forma irregular			
Computadora			
Impresora			
Biblioteca			
Sony			
Tubo de oxígeno			
Aspirador			

2.5. Disponibilidad de insumos básicos

Insumos	SI	NO	Disponibilidad
Vacunas			
SRO			
Jeringas y agujas			
Guantes			
Gasas			
Antisépticos			

2.6. Disponibilidad de formularios de registro / material de librería (entrega periódica en el último semestre)

Insumos	SI	NO
HC Adultos		
HC Pediátrica		
HC Perinatal		
HCOP		
HC Familiar		
Hoja de referencia - contrareferencia		
Hoja Denuncia Obligatoria		
Papel usos varios		
Lapiceras / lápices		
Otros (librería)		

2.7. Comunicación

Tipo de Comunicación	SI	NO	Otros
Teléfono			
Radio			
Internet			

3

CARACTERÍSTICAS SOCIO SANITARIAS DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL CENTRO DE SALUD

3.1. El Centro de Salud cuenta con Diagnóstico de Situación: SI NO

(en caso afirmativo se propone adjuntarlo)

3.2. En caso de responder afirmativamente al ítem anterior, en qué año fue realizado?

3.3. ¿Cuál es la oferta sanitaria del área? Total de Centros de Salud estatales y de instituciones privadas:

4

ÁREAS DE DERIVACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN UTILIZADAS POR EL CENTRO DE SALUD

1. -----
2. -----
3. -----

5

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

5.1. ¿El Municipio tiene una red formal de establecimientos – articulación intercentros?

 SI NO

- 5.2. ¿El área programática de su Centro de Salud cuenta con procesos escritos de referencia – contrareferencia en acuerdo con hospital, laboratorios, etc.?
- SI NO
- 5.3. ¿Su Centro de Salud participa de reuniones de coordinación con el hospital de referencia?
- SI NO
- 5.4. ¿Su Centro de Salud cuenta con mecanismos de comunicación ágil con hospital, laboratorio de referencia?
- SI NO
- 5.5. ¿Tiene acceso a transporte de emergencia?
- SI NO

6 NORMATIZACIÓN

- 6.1. ¿Los profesionales del CAPS utilizan normas, guías o protocolos de atención?
- SI NO
- 6.2. En caso de haber respondido afirmativamente el ítem anterior, ¿las normas son consensuadas y conocidas por el equipo de salud?
- SI NO

6.3. En caso de responder afirmativamente el ítem 6.1., especificar tipo de norma o protocolo utilizadas, según grupo etáreo

Normas	Nación	Provincia	Municipio

7 INDICADORES DE PROCESOS Y PRODUCCIÓN DEL CENTRO DE SALUD

7.1. Consultas realizadas por el Centro de salud (total mensual)

7.2. Consultas totales mensuales discriminadas por especialidad/ disciplina

7.3. Tiempo promedio destinado a la consulta, por especialidad.

7.4. Sistema de turnos:

Tipo de Comunicación	Médicos				Psicología	Odontol.	Enfermer.	T.S.	Otras
	P.	CM.	TG.	MG.					
Programados con horario									
Espontáneos									
Espontáneos/ programado									

P.: Pediatría
CM.: Clínica Médica
TG.: Tocoginecología
MG.: Medicina General

Odontol.: Odontología
Enfermer.: Enfermería
T.S.: Trabajo Social

7.5. Mencionar horario en que se pueden solicitar turnos en el CAPS:

7.6. Mencione los 10 motivos de consulta más frecuentes asistida en el último semestre por especialidad:



PLANIFICACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

El Centro de Salud cuenta con:

8.1. Mapa actualizado del área programática con identificación de viviendas y personas en situación de riesgo

SI
NO

8.2. Disponibilidad de datos sociosanitarios básicos del área: existencia de agua potable, características de las viviendas, NBI, morbilidad prevalente, etc.

SI
NO

8.3. Identificación de problemas prioritarios y plan de acción anual diseñado en forma participativa y con profesionales definidos.

SI
NO

8.4. Definición de actividades educativas y de promoción de la salud derivadas del plan de acción.

SI
NO

8.5. ¿Se realizan reuniones periódicas del equipo de salud?

SI
NO

En caso de responder afirmativamente, ¿con qué frecuencia se realizan?

¿Hay registros de las mismas?

SI

NO

8.6. Se realizan cálculos de insumos necesarios (medicamentos, vacunas) según población, matrícula escolar, etc.

SI

NO

8.7. Manejos de residuos patológicos según normas

SI

NO

9

REGISTROS E INFORMACIÓN

9.1. Cómo está organizado el fichero de historias clínicas:
(tildar la o las opciones correspondientes)

Por grupo étareo	<input type="checkbox"/>
Fichero general por nombre y apellido	<input type="checkbox"/>
Por especialidad	<input type="checkbox"/>
Individual para cada profesional	<input type="checkbox"/>
Uso de fichero cronológico	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

9.2. ¿Hay registro de pacientes con patologías crónicas?

SI

NO

10

ACTIVIDADES COMUNITARIAS

10.1. Mencione los talleres dirigidos a la comunidad realizados en los últimos 6 meses.

Nombre de la actividad	Duración y periodicidad	Responsable/s

10.2. ¿Existe registro de actividades comunitarias?

SI

NO

10.3. ¿Se realiza confección de indicadores de cobertura por vacuna según edad, morbilidad por edad y género?

SI

NO

10.4. ¿Existen mecanismos formales de evaluación de las actividades realizadas en el CAPS?

SI

NO

11

GESTIÓN DE FARMACIA

	SÍ	NO
Espacio físico para almacenamiento de fármacos		
Espacio físico para almacenamiento de leche		
Provisión de fármacos por programas		
Provisión de fármacos por Municipio		
Stock de fármacos por Municipio		

12

LABORATORIO

Dispone de acceso y turnos en:

- Centro de salud Segundo nivel
 Laboratorio municipal Otros

Con qué frecuencia (semanal, quincenal, otra)

13

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Dispone de acceso y turnos en:

- Centro de salud Segundo nivel
 Laboratorio municipal Otros

Con qué frecuencia (semanal, quincenal, otra)

14

INVESTIGACIÓN

Mencione proyectos de investigación realizados en los últimos 4 años

Título de trabajo	Responsable

15

CAPACITACIÓN CONTINUA

15.1. ¿Los profesionales disponen de tiempo dentro de su horario laboral para actividades de capacitación?

SI

NO

15.2. ¿El municipio organiza actividades de capacitación destinadas al personal de los centros de salud?

SI

NO

15.3. Mencione la participación de los profesionales del centro de salud en actividades relacionadas con la APS en los últimos 3 años, por especialidad.
