

MINISTERIO DE SALUD

ISBN 978-85-334-1362-7



9 788533 413627

POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

SERIE
PACTOS
POR LA SALUD
2006
VOLUMEN 4

Disque Salud
0800 61 1997

Biblioteca Virtual de la Salud del Ministerio de Salud
www.saude.gov.br/bvs

Legislación en Salud
www.saude.gov.br/saudelegis

Política Nacional de Atención Primaria



Ministerio
de Salud



MINISTERIO DE SALUD

Política Nacional de Atención Primaria

Brasília – DF
2007

MINISTERIO DE SALUD
Secretaría de Atención Primaria
Departamento de Atención Primaria

Política Nacional de Atención Primaria

Serie E. Legislación en Salud
Serie Pactos por la Salud 2006, v. 4

Brasília – DF
2007

© 2006 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no esté destinada a la venta o a cualquier otro fin comercial.

La responsabilidad de los derechos de autor de los textos e imágenes de esta obra, corresponden al área técnica.

Se puede acceder a la colección institucional del Ministerio de Salud, en su forma integral, en la

Biblioteca Virtual de la Salud del Ministerio de Salud: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Serie E. Legislación en Salud

Serie Pactos por la Salud 2006, v. 4

Tirada: 1.ª edición – 2007 – 5.000 ejemplares

Elaboración, distribución e informaciones:

MINISTERIO DE SALUD

Secretaría de Atención Primaria

Departamento de Atención Primaria

Esplanada dos Ministerios, Bloco G, 6º andar, Sala 645

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2497 / 3587

Fax.: (61) 3226-4340

Homepage: www.saude.gov.br/dab

Coordinación general:

Luis Fernando Rolim Sampaio

Revisión técnica:

Antonio Dercy Silveira Filho

Equipo de formulación:

Técnicos de la Coordinación de Gestión de la Atención Primaria/DAB/SAS

Tapa, proyecto gráfico y diagramación:

Gilberto Tomé

Impreso en Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención Primaria. Departamento de Atención Primaria.

Política Nacional de Atención Primaria / Ministerio de Salud, Secretaría de Atención

Primaria, Departamento de Atención Primaria. – Brasília : Ministerio de Salud, 2007.

68 p. – (Serie E. Legislación en Salud) (Serie Pactos por la Salud 2006; v. 4)

ISBN 978-85-334-1362-7

1. Servicios básicos de salud. 2. Política de salud. 3. Salud pública. I. Título. II. Serie.

NLM WA 525-546

Catalogación en la fuente – Coordinación-General de Documentación e Información – Editora MS – OS 2007/0774

Títulos para indexación:

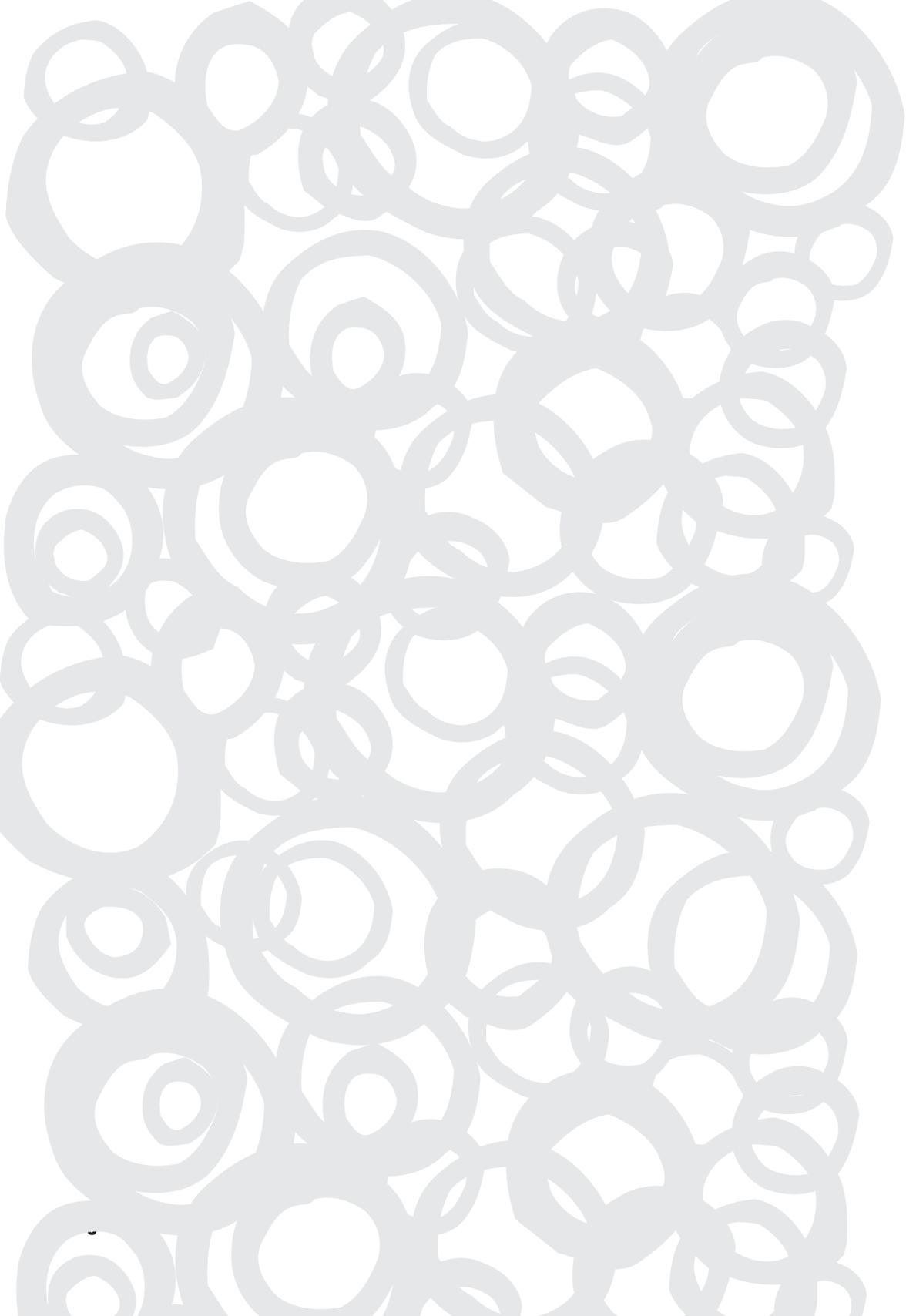
En inglés: Basic Attention National Policy

En portugués: Política Nacional de Atenção Básica

Sumario

Presentación	7
Resolución Ministerial nº 648/GM, del 28 de marzo de 2006	9
Resolución Ministerial nº 649/GM, del 28 de marzo de 2006	55
Resolución Ministerial nº 650/GM, del 28 de marzo de 2006¹	57
Resolución Ministerial nº 822/GM, del 17 de abril de 2006	61
Resolución Ministerial nº 2.133, del 11 de septiembre de 2006	63
Resolución Ministerial nº 1.624/GM, del 10 de julio de 2007	65

¹Los Anexos III y IV de la Resolución Ministerial nº 650/GM del 28 de marzo de 2006 fueron substituidos por los Anexos I y II de la Resolución Ministerial nº 822/GM del 17 de abril de 2006, que podrán ser encontrados en www.saude.gov.br/dab



Presentación

El documento Política Nacional de Atención Primaria (PNAB) orientado por los valores de la ética, de la profesionalidad y de la participación, expresa la acertada decisión, por parte del Ministerio de Salud, de revitalizar la Atención Primaria de la Salud en Brasil.

Sólo fue posible pavimentar el camino de la reconstrucción, partiendo de un proceso que juntó actores políticos diversos en los municipios, en los estados y en la federación. Además de dichos agentes involucrados, pudimos contar con la participación de miembros de la academia, profesionales de la salud, trabajadores del SUS, usuarios y entidades representativas del sistema de salud.

Antes de llegar al nuevo PNAB (Programa Nacional de Atención Primaria), con la atención orientada hacia los principios y directrices hilvanados en los Pactos por la Vida, en Defensa del SUS y de su Gestión, la Secretaría de Atención de la Salud, a través del Departamento de Atención Primaria, presentó, en la Comisión de Intergestores Tripartita, el diseño de la Nueva Política Nacional de Atención Primaria. La experiencia acumulada en los diferentes niveles de gestión sirvió como estrategia complementaria para la reglamentación de la Atención Primaria.

Los debates para llegar al formato final del PNAB se fundamentaron en los ejes transversales de la universalidad, integralidad y equidad, dentro de un contexto de descentralización y control social de la gestión, principios asistenciales y organizativos del SUS, consignados en la legislación. Así pues, la nueva política apunta hacia la redefinición de los “principios generales, responsabilidades de cada esfera de gobierno, infraestructura y recursos necesarios, características del proceso de trabajo, atribuciones de los profesionales y reglas de financiamiento, incluyendo las especificidades de la estratégica Salud de la Familia.

En este proyecto histórico, la Atención Primaria se fue gradualmente fortaleciendo y deberá constituirse como una puerta de entrada preferente del Sistema Único de Salud (SUS), siendo el punto de partida para la estructuración de los sistemas locales de salud. Aprobada y publicada, podemos afirmar que el año de 2006 lleva la marca de la madurez, en lo que a la Atención Primaria en la salud, se refiere. Al final, el Pacto por la Vida definió como prioridad: “consolidar y calificar la estrategia Salud de la Familia como modelo de Atención Primaria y centro ordenador de redes de atención de la salud en el Sistema Único de Salud (SUS).



Resolución Ministerial n° 648/GM, del 28 de marzo de 2006

Aprueba la Política Nacional de Atención Primaria, estableciendo la revisión de directrices y normas para la organización de la Atención Primaria para el Programa Salud de la Familia (PSF) y el Programa Agentes Comunitarios de Salud (PACS).

El MINISTRO DE ESTADO DE SALUD, en el uso de sus atribuciones y considerando la necesidad de revisar y adecuar las normas nacionales en el actual momento del desarrollo de la Atención Primaria en Brasil;

Considerando la expansión del Programa de Salud de la Familia (PSF) que se consolidó como la estrategia prioritaria para la reorganización de la atención primaria en Brasil;

Considerando la transformación del PSF en una estrategia de amplitud nacional, que demuestra la necesidad de adecuar sus normas, en virtud de la experiencia acumulada en los diversos estados y municipios brasileños;

Considerando los principios y las directrices propuestos en los Pactos por la Vida, en Defensa del SUS y de la Gestión, entre las esferas del gobierno para consolidación del SUS, que incluye la fragmentación de la financiación de la Atención Primaria;

Considerando la directriz del Gobierno Federal de ejecutar la gestión pública a través de resultados mensurables; y

Considerando lo pactado en la Reunión de la Comisión de Intergestores Tripartita del día 23 de marzo de 2006,

RESUELVE:

Art. 1° Aprobar la Política Nacional de Atención Primaria, para la revisión de la reglamentación de la implantación y operatividad vigentes, en los términos constantes del Anexo a esta Resolución Ministerial.

Párrafo único. La Secretaría de Atención a la Salud, del Ministerio de Salud (SAS/MS) publicará manuales y guías con puntualizaciones operativas y orientaciones específicas de esta Política.

Art. 2º Definir que los recursos presupuestarios de que trata la presente Orden Ministerial corran a cuenta del presupuesto del Ministerio de Salud, debiendo hacerse cargo de los siguientes Programas de Trabajo:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financiero a Municipios Habilitados a la Parte Variable del Piso de Atención Primaria;

II - 10.301.1214.8577 - Atención Asistencial Básica en los Municipios Brasileños; y

III - 10.301.1214.8581 - Estructuración de la Red de Servicios de la Atención Primaria de Salud.

Art. 3º Esta Resolución Ministerial entra en vigor en la fecha de su publicación.

Art. 4º Quedando revocadas las Resoluciones Ministeriales nº 1.882/GM, del 18 de diciembre de 1997, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 247, del 22 de diciembre de 1997, Sección 1, página 10, nº 1.884/GM, del 18 de diciembre de 1997, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 247, del 22 de diciembre de 1997, Sección 1, página 11, nº 1.885/GM, del 18 de diciembre de 1997, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 247, del 22 de diciembre de 1997, Sección 1, página 11, nº 1.886/GM, del 18 de diciembre de 1997, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 247, del 22 de diciembre de 1997, Sección 1, página 11, nº 59/GM, del 16 de enero de 1998, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 14-E, del 21 de enero de 1998, Sección 1, página 2, nº 157/GM, del 19 de febrero de 1998, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 58, del 26 de marzo de 1998, Sección 1, página 104, nº 2.101/GM, del 27 de febrero de 1998, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 42, del 4 de marzo de 1998, Sección 1, página 70, nº 3.476/GM, del 20 de agosto de 1998, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 160, del 21 de agosto de 1998, Sección 1, página 55, nº 3.925/GM, del 13 de noviembre de 1998, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 22-E, del 2 de febrero de 1999, Sección 1, página 23, nº 223/GM, del 24 de marzo de 1999, publicada en el Diario Oficial de la Unión

nº 57, del 25 de marzo de 1999, Sección 1, página 15, nº 1.348/GM, del 18 de noviembre de 1999, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 221, del 19 de noviembre de 1999, Sección 1, página 29, nº 1.013/GM, del 8 de septiembre de 2000, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 175-E, del 11 de septiembre de 2000, Sección 1, página 33, nº 267/GM, del 6 de marzo de 2001, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 46, de 7 de marzo de 2001, Sección 1, página 67, nº 1.502/GM, del 22 de agosto de 2002, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 163, del 23 de agosto de 2002, Sección 1, página 39, nº 396/GM, del 4 de abril de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 104, del 2 de junio de 2003, Sección 1, página 21, nº 673/GM, del 3 de junio de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 106, del 4 de junio de 2003, Sección 1, página 44, nº 674/GM, del 3 de junio de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 106, del 4 de junio de 2003, Sección 1, página 44, nº 675/GM, del 3 de junio de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 106, del 4 de junio de 2003, Sección 1, página 45, nº 2.081/GM, del 31 de octubre de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 214, del 4 de noviembre de 2003, Sección 1, página 46, nº 74/GM, del 20 de enero de 2004, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 15, del 23 de enero de 2004, Sección 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julio de 2004, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 157, del 16 de agosto de 2004, Sección 1, página 35, nº 1.434/GM, del 14 de julio de 2004, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 135, del 15 de julio de 2004, Sección 1, página 36, nº 2.023/GM, del 23 de septiembre de 2004, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 185, del 24 de septiembre de 2004, Sección 1, página 44, nº 2.024/GM, del 23 de septiembre de 2004, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 185, del 24 de septiembre de 2004, Sección 1, página 44, nº 2.025/GM, del 23 de septiembre de 2004, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 185, del 24 de septiembre de 2004, Sección 1, página 45, nº 619/GM, del 25 de abril de 2005, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 78, del 26 de abril de 2005, Sección 1, página 56, nº 873/GM, del 8 de junio de 2005, publicada en el Diario Oficial de la

Unión nº 110, del 10 de junio de 2005, Sección 1, página 74 e nº 82/SAS, del 7 de julio de 1998, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 128, del 8 de julio de 1998, Sección 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

Anexo

Política Nacional de Atención Primaria

CAPÍTULO I

De la Atención Primaria

1 - DE LOS PRINCÍPIOS GENERALES

La Atención Primaria se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción y la protección de la salud, la prevención de agravios, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Se desarrolla a través del ejercicio de prácticas gerenciales y sanitarias democráticas y participativas, bajo la forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones de territorios bien delimitados, a través de las cuales asume la responsabilidad sanitaria, considerando el dinamismo existente en el territorio en donde viven dichas poblaciones. Utiliza tecnologías de elevada complejidad y baja densidad, que deben resolver los problemas de salud de mayor frecuencia e importancia en su territorio. Es el contacto preferente de los usuarios con los sistemas de salud. Se orienta por los principios de la universalidad, del acceso y de la coordinación del cuidado, del vínculo y continuidad, de la integridad, de la responsabilidad, de la humanización, de la equidad y de la participación social.

La Atención Primaria considera al sujeto en su singularidad, en su complejidad, en su integralidad y en la inserción sociocultural y busca la promoción de su salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades y la reducción de daños o de sufrimientos que puedan comprometer sus posibilidades de vivir de manera saludable.

La Atención Primaria tiene a la Salud de la Familia como estrategia prioritaria para su organización, de acuerdo con las normas del Sistema Único de Salud.

La Atención Primaria tiene como fundamentos:

- I - facilitar el acceso universal y continuado a los servicios de salud de calidad y resolutivos, caracterizados como la puerta de entrada preferente del sistema de salud, con territorio inscrito de manera a permitir la planificación y la programación descentralizada y en consonancia con el principio de la equidad; ;
- II - hacer efectiva la integralidad en sus diferentes aspectos: integración de acciones programáticas y demanda espontánea; articulación de las acciones de estimulación de la salud, prevención de agravios, vigilancia de la salud, tratamiento y rehabilitación, trabajo de manera interdisciplinario y en equipo, y coordinación en la red de servicios;
- III - desarrollar relaciones de vínculos y responsabilidad entre los equipos y la población inscrita, garantizando la continuidad de las acciones de la salud y la duración del cuidado;
- IV - valorizar los profesionales de salud a través del estímulo y del acompañamiento constante de su formación y capacitación;
- V - realizar evaluación y acompañamiento sistemático de los resultados alcanzados, como parte del proceso de planificación y programación; y
- VI - estimular la participación popular y el control social.

Para hacer operativa la Atención Primaria, se definen como áreas estratégicas para actuación en todo el territorio nacional, la eliminación de la hanseniasis, el control de la tuberculosis, el control de la hipertensión arterial, el control de la diabetes mellitas, la eliminación de la desnutrición infantil, la salud del niño, la salud de la mujer, la salud del anciano, la salud bucal y la promoción de la salud. Otras áreas serán definidas regionalmente según las prioridades y acuerdos definidos en las CISs (Comisiones de Intergestores Bipartitas).

Para el proceso de pacto de la atención primaria, se hará y se firmará el Pacto de Indicadores de la Atención primaria, tomando por objeto las metas anuales que deben ser alcanzadas con relación a indicadores de salud acordados. El proceso de acuerdos de la Atención Primaria seguirá una reglamentación específica del Pacto de Gestión. Los gestores podrán acordar en las CISs, indicadores estatales de Atención Primaria, que tendrán acompañamiento en sus respectivos territorios.

2 - DE LAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DEL GOBIERNO

Los municipios y el Distrito Federal, como gestores de los sistemas locales de salud, son responsables del cumplimiento de los principios de la Atención Primaria, de la organización y de la ejecución de las acciones en su territorio.

2.1 - Es competencia de las Secretarías Municipales y del Distrito Federal:

- I - organizar, ejecutar y administrar los servicios de Atención Primaria, de forma universal, dentro de su territorio, incluyendo las unidades propias y las cedidas por el Estado y por la Unión;
- II - incluir la propuesta de organización de la Atención Primaria y de la firma de utilización de los recursos del PAB fijo y variable, en los Planos de Salud municipales y del Distrito Federal;
- III - insertar primeramente, de acuerdo con su capacidad institucional, la estrategia de la salud de la Familia, en su red de servicios, para la organización sistémica de la atención a la salud;
- IV - organizar el flujo de usuarios, para garantizar las referencias a servicios y acciones de salud fuera del ámbito de la Atención Primaria;
- V - garantizar infraestructura necesaria para el funcionamiento de las Unidades Básicas de Salud, dotándolas de recursos materiales, equipamientos e insumos suficientes para el conjunto de acciones propuestas;
- VI - seleccionar, contratar y remunerar a los profesionales que componen los equipos multiprofesionales de la Atención Primaria, inclusive los de la Salud de la Familia, de conformidad con la legislación vigente;
- VII - programar las acciones de la Atención Primaria a partir de su base territorial utilizando instrumento de programación nacional o correspondiente local;
- VIII - alimentar las bases de datos nacionales con los datos producidos por el sistema de salud municipal, manteniendo actualizado el catastro de profesionales, de servicios y de establecimientos ambulatorios, públicos y privados, que están bajo su gestión;
- IX - elaborar metodologías e instrumentos de monitoreo y evaluación de Atención Primaria en la esfera municipal;

- X - desarrollar mecanismos técnicos y estrategias de organización de calificación de recursos humanos para la gestión, planeamiento, monitoreo y evaluación de la Atención Primaria;
- XI - definir estrategias de articulación con los servicios de salud para la institucionalización de la evaluación de la atención primaria;
- XII - firmar, monitorear y evaluar los indicadores del Pacto de la Atención Primaria en su territorio, divulgando anualmente los resultados alcanzados;
- XIII - verificar la calidad y la consistencia de los datos alimentados en los sistemas nacionales de información, que serán enviados a las demás esferas de gestión;
- XIV - consolidar y analizar los datos de interés de los equipos locales, de los equipos regionales y de la gestión municipal, disponibles en los sistemas de información, divulgando los resultados obtenidos;
- XV - acompañar y evaluar el trabajo de la Atención Primaria con o sin Salud de la Familia, divulgando las informaciones y los resultados alcanzados;
- XVI - estimular y viabilizar la capacitación y la educación permanente de los profesionales de los equipos; y
- XVII - buscar la cooperación con organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y con el sector privado, para el fortalecimiento de la Atención Primaria en el ámbito de su territorio.

2.2 - Es competencia de las Secretarías Estadales de Salud y del Distrito Federal de:

- I - contribuir para la reorientación del modelo de atención a la salud, a través del apoyo a la Atención Primaria y estímulo a la adopción de la estrategia Salud de la Familia por los servicios municipales de salud, en carácter substitutivo a las prácticas actualmente vigentes para la Atención Primaria;
- II - pactar, con la Comisión de Intergestores Bipartita, estrategias, directrices y normas de implementación de la Atención Primaria en el Estado, mantenidos los principios generales reglamentados en esta Resolución Ministerial;

- III - establecer, en el Plan de Salud Estadual y del Distrito Federal, metas y prioridades para la organización de la Atención Primaria en su territorio;
- IV - destinar recursos estaduais para componer la financiación tripartita de la Atención Primaria;
- V - pactar con la Comisión de Intergestores Bipartita e informar a la Comisión de Intergestores Tripartita, la definición de la utilización de los recursos para la compensación de Especificidades Regionales;
- VI - asesorar técnicamente los municipios en el proceso de calificación de la Atención Primaria y de ampliación y consolidación de la estrategia de la Salud de la familia, con orientación para la organización de los servicios que considere la incorporación de nuevos escenarios epidemiológicos;
- VII - elaborar metodologías e instrumentos de monitoreo y evaluación de la Atención Primaria en la esfera estadual;
- VIII - desarrollar mecanismos técnicos y estrategias de organización de la calificación de los recursos humanos para la gestión, planeamiento, monitoreo y evaluación de la Atención Primaria;
- IX - definir estrategias de articulación con las gestiones municipales del SUS con vistas a la institucionalización de la evaluación de la Atención Primaria;
- X - firmar, monitorear y evaluar los indicadores del Pacto de la Atención Primaria en el territorio estadual, divulgando anualmente los resultados alcanzados;
- XI - establecer otros mecanismos de control y regulación, monitoreo y evaluación de las acciones de la Atención Primaria y de la estrategia Salud de la Familia, en el ámbito estadual o del Distrito Federal;
- XII - ser corresponsable, junto con el Ministerio de Salud, por el monitoreo de la utilización de los recursos de la Atención Primaria, transferidos a los municipios y al Distrito Federal;
- XIII – someter a la CIB, para resolución de las irregularidades constatadas en la ejecución del PAB fijo y variable, con vistas al:
 - a) apuntar un plazo para que el gestor municipal corrija las irregularidades;

- b) comunicación al Ministerio de Salud; y
- c) bloqueo del repase de recursos o demás providencias consideradas necesarias y reglamentadas por la CIB;
- XIV - asesorar los municipios para la implantación de los sistemas de información de la Atención Primaria, como instrumentos para monitorear las acciones desarrolladas;
- XV - consolidar, analizar y transferir los archivos de los sistemas de informaciones enviados por los municipios para el Ministerio de Salud, de acuerdo con los flujos y plazos establecidos para cada sistema;
- XVI - verificar la calidad y la consistencia de los datos enviados por los municipios a través de los sistemas informatizados, reenviando informaciones a los gestores municipales;
- XVII - analizar los datos de interés estadual, generados por los sistemas de información, divulgar los resultados obtenidos y utilizarlos en la planificación;
- XVIII -asesorar a los municipios en el análisis y gestión de los sistemas de información con vistas al fortalecimiento de la capacidad de planificación municipal;
- XIX – facilitar a los municipios instrumentos técnicos y pedagógicos, que faciliten el proceso de formación y educación permanente de los miembros de los equipos;
- XX - articular instituciones, junto con las Secretarías Municipales de Salud, para la capacitación y la garantía de la educación permanente para los profesionales de la salud, de los equipos de la Atención Primaria y de los equipos de Salud de la Familia;
- XXI - promover el intercambio de experiencias entre los diversos municipios, para diseminar tecnologías y conocimientos dirigidos a la mejora de los servicios de la Atención Primaria; y
- XXII - hacer posible cooperaciones con organismos internacionales, con organizaciones gubernamentales, no-gubernamentales y del sector privado para el fortalecimiento de la Atención Primaria, en el ámbito del estado y del Distrito Federal.

2.3 – Es competencia del Ministerio de Salud:

- I - contribuir para la reorientación del modelo de atención a la salud en el País, a través del apoyo a la Atención Primaria y del estímulo a la adopción de estrategia de Salud de la Familia, como estructurante para la organización de los sistemas municipales de salud;
- II - garantizar fuentes de recursos federales para componer el financiamiento del Piso de la Atención Primaria – PAB fijo y variable;
- III - asesorar técnicamente los estados, el Distrito Federal y los municipios, en el proceso de calificación y de consolidación de la Atención Primaria y de la estrategia de la Salud de la Familia;
- IV - establecer directrices nacionales y facilitar instrumentos técnicos y pedagógicos que ayuden en el proceso de capacitación y educación permanente de los profesionales de la Atención Primaria;
- V - apoyar la articulación de instituciones, junto con las Secretarías de Salud Estaduales, Municipales y del Distrito Federal, para la capacitación e garantía de educación permanente de los profesionales de salud de la Atención Primaria;
- VI - articular, con el Ministerio de Educación, estrategias de inducción a los cambios curriculares en los cursos de graduación, en el área de la salud, sobre todo de medicina, enfermería y odontología, con vistas a la formación de profesionales con el perfil adecuado para la Atención Primaria;
- VII - asesorar estados, municipios y al Distrito Federal en la implantación de los sistemas de información de la Atención Primaria;
- VIII - analizar datos de interés nacional, relacionados con la Atención Primaria, generados por los sistemas de información de la salud, divulgando los resultados obtenidos;
- IX - elaborar metodologías e instrumentos de monitoreo y evaluación de la Atención Primaria, de ámbito nacional;
- X - desarrollar mecanismos técnicos y estrategias de organización de la calificación de recursos humanos para la gestión, planificación, monitoreo y evaluación de la Atención Primaria;
- XI - definir estrategias de articulación con las gestiones estaduales y municipales del SUS para la institucionalización de la Atención Primaria;

- XII - monitorear y evaluar los indicadores del Pacto de la Atención Primaria, en el ámbito nacional, divulgando anualmente los resultados alcanzados, de acuerdo con el proceso de pacto acordado en la Comisión de Intergestores Tripartita;
- XIII - establecer otros mecanismos de control y regulación, de monitoreo y de evaluación de las acciones de la Atención Primaria y de la estrategia de la Salud de la Familia, en el ámbito nacional;
- XIV - promover el intercambio de experiencias y estimular el desarrollo de estudios e investigaciones que busquen el perfeccionamiento y la disseminación de la tecnologías, orientados a la Atención Primaria; y
- XV - facilitar cooperaciones con organismos internacionales, con organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y del sector privado, para el fortalecimiento de la Atención Primaria y de la estrategia de la Salud de la Familia en el País.

3 - DE LA INFRAESTRUCTURA Y DE LOS RECURSOS NECESARIOS

Son ítems necesarios para la realización de las acciones de la Atención Primaria en los municipios y en el Distrito Federal:

- I - Unidad(es) Básica(s) de Salud (UBS) con o sin Salud de la Familia inscrita(s) en el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud, del Ministerio de Salud, de acuerdo con las normas sanitarias vigentes;
- II - UBS con o sin Salud de la familia que, de acuerdo con el desarrollo de sus acciones, hagan disponible:
- III - equipo multiprofesional compuesto por un médico, un enfermero, un cirujano dentista, un auxiliar de consultorio dental o técnico en higiene dental, un auxiliar de enfermería o técnico de enfermería y un agente comunitario de salud, entre otros;
- IV - consultorio médico, consultorio odontológico y consultorio de enfermería para los profesionales de la Atención Primaria;
- V - zona de recepción, local para archivos y registros, una sala de cuidados básicos de enfermería, una sala de vacunación e instalaciones sanitarias en cada unidad;
- VI - equipamientos y materiales adecuados para el abanico de acciones pro-

puestas, de manera a garantizar la resolutivez de la Atención Primaria;

- VII - garantía de los flujos de referencia y contra referencia a los servicios especializados, de apoyo diagnóstico y terapéutico, ambulatorio y hospitalario; y
- VIII - existencia y mantenimiento regular de estoque de insumos necesarios para el funcionamiento de las unidades básicas de salud, incluyendo dispensa de medicamentos pactados nacionalmente.

Para la Unidad Básica de Salud (UBS) sin Salud de la familia, en grandes centros urbanos, se recomienda el parámetro de una USB de hasta 30 mil habitantes, localizada dentro del territorio por el cual tiene responsabilidad sanitaria, garantizando los principios de la Atención Primaria.

Para UBS con Salud de la Familia, en grandes centros urbanos, se recomienda el parámetro de una UBS de hasta 12 mil habitantes, localizada dentro del territorio en el cual tiene la responsabilidad sanitaria, garantizando los principios de la Atención Primaria.

4 - DEL CATASTRO DE LAS UNIDADES QUE PRESTAN SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

El Catastro de las Unidades Básicas de Salud será realizado por los gestores municipales y el Distrito Federal, en consonancia con las normas del Catastro Nacional de Establecimientos de Salud.

5 - DEL PROCESO DE TRABAJO DE LOS EQUIPOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Son características del proceso de trabajo de los equipos de la Atención Primaria:

- I - definición del territorio de actuación de las UBS;
- II - programación e implantación de las actividades, priorizando las soluciones de los problemas de salud más frecuentes, considerando la responsabilidad de la asistencia a la demanda espontánea;
- III - desarrollo de las acciones educativas que puedan interferir en el proceso de salud-enfermedad, de la población y ampliar el control social en la defensa de la calidad de la vida;
- IV - desarrollo de acciones enfocadas sobre grupos de riesgo y factores de riesgo comportamentales, alimenticios y/o ambientales, con la

finalidad de prevenir la aparición o el mantenimiento de las enfermedades y daños evitables;

- V - asistencia básica integral y continuada, organizada para la población inscrita, con garantía de acceso al apoyo de diagnóstico y de laboratorio;
- VI - implementación de las directrices de la Política Nacional de Humanización, incluyendo la acogida;
- VII - realización de la primera atención en las urgencias médicas y odontológicas;
- VIII - participación de los equipos en la planificación y en la evaluación de las acciones;
- IX - desarrollo de las acciones intersectoriales, integrando proyectos sociales y sectores afines, orientados hacia la estimulación de la salud; y
- X - apoyo a las estrategias de fortalecimiento de la gestión local y del control social.

6 - DE LAS ATRIBUCIONES DE LOS MIEMBROS DE LOS EQUIPOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Las atribuciones específicas de los profesionales de la Atención Primaria deberán constar de normativa del municipio y del Distrito Federal, de acuerdo con las prioridades definidas por la respectiva gestión y las prioridades nacionales y estatales pactadas.

7 – DEL PROCESO DE EDUCACIÓN PERMANENTE

La educación permanente de los profesionales de la Atención Primaria es responsabilidad conjunta de las SMS y de las SES, en los estados y de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

Los contenidos mínimos de la Educación Permanente deben priorizar las áreas estratégicas de la Atención Primaria, acordadas en la CIT, sumados por las prioridades estatales, municipales y del Distrito Federal.

El financiamiento de la Educación Permanente debe de estar compuesto por recursos de las tres esferas del gobierno acordados en la CIT y en las CIBs.

Los servicios de Atención Primaria deberán adecuarse a la integración enseñanza-aprendizaje, de acuerdo con los procesos acordados en la CIT y en la CIBs.

CAPÍTULO II

De las Especificidades de la Estrategia de la Salud de la Familia

1 - PRINCÍPIOS GENERALES

La estrategia de la Salud de la Familia tiene por objetivo la reorganización de la Atención Primaria en el País, de acuerdo con las normas del Sistema Único de Salud. Además de los principios generales de la Atención Primaria, la estrategia de la Salud de la Familia debe:

- I - tener carácter substitutivo con relación a la red de Atención Primaria tradicional en los territorios donde los Equipos Salud de la Familia actúan;
- II - actuar en el territorio, realizando registro domiciliario, diagnóstico situacional, acciones dirigidas a los problemas de salud de forma pactada con la comunidad donde actúa, buscando el cuidado de los individuos y de las familias a lo largo del tiempo, manteniendo siempre una postura pro-activa frente a los problemas de salud-enfermedad de la población;
- III – desarrollar actividades de acuerdo con la planificación y la programación realizados con base en el diagnóstico situacional y teniendo como objetivo la familia y la comunidad;
- IV - buscar la integración con instituciones y organizaciones sociales, sobre todo en su campo de actuación, para el desarrollo de cooperaciones; y
- V - ser un espacio de construcción de la ciudadanía.

2 – DE LAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOBIERNO

Además de las responsabilidades propuestas para la Atención Primaria, con relación a la estrategia de la Salud de la Familia, las diversas instituciones federadas tienen las siguientes responsabilidades:

2.1 Es competencia de las Secretarías Municipales de Salud y del Distrito Federal:

- I - insertar la estrategia de la Salud de la Familia en su red de servicios con vistas a la organización del sistema local de salud;
- II - definir, en el Plan de Salud, las características, los objetivos, las metas y los mecanismos de acompañamiento de la estrategia de la Salud de la Familia;

- III - garantizar la infraestructura necesaria para el funcionamiento de los equipos de Salud de la Familia, de la Salud Bucal y de las unidades básicas de referencia de los Agentes Comunitarios de Salud, dotándolos de recursos materiales, equipamientos e insumos suficientes para el conjunto de las acciones propuestas;
- IV – garantizar el cumplimiento del horario integral – jornada de 40 horas semanales – de todos los profesionales de los equipos de salud de la familia, de salud bucal y de los agentes comunitarios de salud, exceptuando aquellos que deban dedicar, por lo menos, 32 horas de su carga horaria a actividades del equipo de SF y hasta 8 horas del total de su carga horaria, a actividades de residencia multiprofesional y/o de medicina de familia y de la comunidad, o trabajo en hospitales de pequeño porte, de conformidad con el reglamento específico de la Política Nacional de los Hospitales de Pequeño Porte;
- V - realizar y mantener actualizado el catastro de los ACS, de los enfermeros del equipo PACS y de los profesionales de los equipos de Salud de la Familia y de Salud Bucal, así como de la población residente en la zona de acción de los equipos de Salud de la familia, de Salud Bucal y ACS, en los Sistemas Nacionales de Información en Salud definidos para dicho fin; y
- VI – estimular y facilitar la capacitación específica de los profesionales de los equipos de Salud de la Familia.

2.2 Es competencia de las Secretarías Estadales de Salud:

- I - pactar con la Comisión de Intergestores Bipartita, estrategias, directrices y normas de implementación y gestión de la Salud de la Familia en el Estado, mantenidos los principios generales regulados en esta Resolución Ministerial;
- II - establecer en el Plan de Salud estatal metas y prioridades para la Salud de la Familia;
- III – someter a la Comisión de Intergestores Bipartita (CIB), en el plazo máximo de 30 días, a partir de la fecha del protocolo de entrada del proceso, la propuesta de implantación o expansión del ESF,

ESB y del ACS elaborada por los municipios y aprobada por los Consejos de Salud de los municipios;

- IV – someter a la CIB, para resolución, el flujo de acompañamiento del registro de los profesionales de la Salud de la Familia Bucal y de la ACS, en los sistemas de información nacionales definidos para tal fin;
- V – someter a la CIB, para resolución, el flujo de desacreditaciones, y/ el bloqueo de recursos frente a irregularidades constatadas en la implantación y en el funcionamiento de los Equipos de Salud de la Familia, de Salud Bucal y de la ACS, que debe ser publicado como Resolución Ministerial de la resolución de la CIB, con vistas a la regularización de los equipos que actúan de forma inadecuada;
- VI - analizar y consolidar las informaciones enviadas por los municipios, referentes a la implantación y al funcionamiento de los Equipos de la salud de la Familia, de la Salud Bucal y de la ACS;
- VII - enviar, mensualmente, al Ministerio de la Salud, el conjunto de las informaciones encaminadas por los municipios, autorizando la transferencia de los incentivos financieros federales a los municipios;
- VIII – responsabilizarse, frente al Ministerio de Salud, por el monitoreo, el control y la evaluación de la utilización de los recursos de incentivo de la Salud, de la Familia transferidos a los municipios en el territorio estadual;
- IX – asesorar técnicamente a los municipios en el proceso de implantación de la SF;
- X - articular con las instituciones formadoras de recursos humanos del estado, estrategias de expansión y calificación de cursos de postgrado, residencias médicas y multiprofesionales de la Salud de la Familia y educación permanente, de conformidad con las demandas y las necesidades identificadas en los municipios y pactadas en las CIBs; y
- XI - acompañar, monitorear y evaluar el desarrollo de la estrategia de la Salud de la Familia en los municipios, identificando situaciones, en desacuerdo con la regulación, garantizando el apoyo a las adecuaciones necesarias y divulgando los resultados alcanzados.

2.3. Es Competencia del Distrito Federal:

- I - establecer, en el Plan de Salud del Distrito Federal, metas y prioridades para la Salud de la Familia;
- II - analizar y consolidar las informaciones referentes a la implantación y al funcionamiento de los equipos de la Salud de la Familia, de la Salud Bucal y de la ACS;
- III - responsabilizarse junto al Ministerio de Salud por el monitoreo, control y la evaluación de la utilización de los recursos de incentivo de la Salud de la Familia transferidos al Distrito Federal; y
- IV – acompañar, monitorear y evaluar el desarrollo de la estrategia de la Salud de la familia en el Distrito Federal, identificando y adecuando situaciones en desacuerdo con la regulación y divulgando los resultados alcanzados.

2.4 Es competencia del Ministerio de Salud:

- I - definir y rever, de forma pactada, en la Comisión de Intergestores Tripartita, las directrices y las normas de la Salud de la Familia;
- II - garantizar fuentes de recursos federales para componer el financiamiento de la Atención Primaria, organizada a través de la estrategia de la Salud de la Familia;
- III - apoyar la articulación de instituciones, en cooperación con Secretarías de Salud Estaduales, Municipales y del Distrito Federal, para la capacitación y la garantía de la educación permanente específica a los profesionales de la Salud de la Familia;
- IV - articular con el Ministerio de Educación, estrategias de expansión y de calificación de cursos de pos-grado, residencias médicas y multiprofesionales en Salud de la Familia y en educación permanente;
- V - analizar datos de interés nacional relacionados con la estrategia de la Salud de la Familia, generados por sistemas de información de la salud, divulgando los resultados obtenidos; y
- VI - para el análisis de indicadores, de índices de valoración de resultados y de otros parámetros, el cálculo de la cobertura poblacional por las ESF, ESB y ACS se realizará a partir de la población registrada en el sistema de información vigente.

3 – DE LA INFRAESTRUCTURA Y DE LOS RECURSOS NECESARIOS

Son ítems necesarios para la implantación de los equipos de Salud de la Familia:

- I - existencia de equipo multiprofesional responsable por, como máximo 4.000 habitantes, siendo el promedio recomendado de 3.000 habitantes, con jornada de trabajo de 40 horas semanales para todos los integrantes y compuesto por, como mínimo, un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería o técnico de enfermería y Agentes Comunitarios de Salud;
- II - número de ACS suficiente como para cubrir el 100% de la población registrada con un máximo de 750 personas por ACS y de 12 ACS por equipo de Salud de la Familia;
- III - existencia de Unidad Básica de Salud inscrita en el Catastro General de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, dentro del área para la asistencia de los Equipos de Salud de la Familia, que posea como mínimo:
 - a) consultorio médico y de enfermería para el Equipo de Salud de la Familia, de acuerdo con las necesidades de desarrollo del conjunto de las acciones de su competencia;
 - b) área/sala de recepción, local para archivos y registros, una sala de cuidados básicos de enfermería, una sala de vacunación e instalaciones sanitarias, para cada unidad;
 - c) equipamientos y materiales adecuados al elenco de acciones programadas, de forma a garantizar la resolutivez de la Atención Primaria de la Salud;
- IV - garantía de los flujos de referencia y contra-referencia a los servicios especializados, de apoyo diagnóstico y terapéutico, ambulatorio y hospitalario; y
- V - existencia y mantenimiento regular de estoque de los insumos necesarios para el funcionamiento de la UBS.

Son ítems necesarios a la incorporación de profesionales de la salud bucal en los Equipos de Salud de la Familia:

- I - en el no caso de los Equipos de Salud Bucal (ESB), modalidad 1: existencia de equipo multiprofesional, con la composición primaria de un ciru-

jano dentista y un auxiliar de consultorio dental, con trabajo integrado a una o dos ESF, con responsabilidad sanitaria por la misma población y territorio, que las ESF a las cuales está vinculada, y con jornada de trabajo de 40 horas semanales, para todos los componentes;

- II – en el caso de las ESB, modalidad 2: existencia de equipo multiprofesional, con una composición primaria de cirujano dentista, auxiliar de consultorio dental y técnico de higiene dental, con trabajo integrado en una o dos ESFs, con responsabilidad sanitaria por la misma población y territorio que las ESFs a las cuales esta vinculada y con jornada de trabajo de 40 horas semanales para todos sus integrantes;
- III - existencia de Unidad de Salud inscrita en el Catastro General de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, dentro del área de asistencia de los equipos de Salud Bucal, que tenga, como mínimo:
 - a) consultorio odontológico para el Equipo de Salud Bucal, de acuerdo con las necesidades de desarrollo del conjunto de las acciones de su competencia; y
 - b) equipamientos y materiales adecuados al elenco de acciones programadas, de manera a garantizar la resolutivez de la Atención Primaria de la salud.

Esta prevista la implantación de la estrategia de Agentes Comunitarios de Salud en las Unidades Básicas de Salud como una posibilidad para la reorganización inicial de la Atención Primaria. Son ítems necesarios de la implantación de dicha estrategia:

- I - la existencia de una Unidad Primaria de Salud, inscrita en el Catastro General de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, de referencia para los ACS y el enfermero supervisor;
- II - la existencia de un enfermero para 30 ACS, lo que constituye un equipo de ACS;
- III – el cumplimiento de la carga horaria de 40 horas semanales dedicadas al equipo de ACS por el enfermero supervisor y por los ACS;
- IV – definición de las micro áreas bajo responsabilidad de cada ACS, cuya población no debe ser superior a 750 personas; y

V – el ejercicio de la profesión de Agente Comunitario de Salud regulado por la Ley n° 10.507/2002.

4. DEL PROCESO DE TRABAJO DE LA SALUD DE LA FAMILIA

Además de las características del proceso de trabajo de los equipos de Atención primaria, son características de trabajo de la Salud de la Familia:

- I - mantener actualizado el catastro de las familias y de los individuos y utilizar, de forma sistemática, los datos para el análisis de la situación de la salud considerando las características sociales, económicas, culturales, demográficas y epidemiológicas del territorio;
- II – definición precisa del territorio de actuación, mapeamiento y reconocimiento del área inscrita, que incluya el segmento poblacional determinado, con actualización continuada;
- III - diagnóstico, programación e implementación de las actividades, según criterios de riesgo de la salud, priorizando la solución de los problemas de salud más frecuentes;
- IV - práctica del cuidado familiar ampliado, hecha efectiva a través del conocimiento de la estructura y de la funcionalidad de las familias, cuya finalidad sea proponer intervenciones que influyan en los procesos de salud-enfermedad de los individuos, de las familias y de la propia comunidad;
- V - trabajo interdisciplinario y en equipo, integrando áreas técnicas y profesionales de diferentes formaciones;
- VI – fomento y desarrollo de acciones intersectoriales, buscando colaboraciones e integrando proyectos sociales y sectores afines, orientados hacia la estimulación de la salud, de acuerdo con las prioridades y bajo la coordinación de la gestión municipal;
- VII – valorización de los diversos saberes y prácticas con la perspectiva de un abordaje integral y resolutivo, haciendo posible la creación de vínculos de confianza y ética, compromiso y respeto;
- VIII – promoción y estímulo a la participación de la comunidad en el control social, en la planificación, en la ejecución y en la evaluación de las acciones; y
- IX – acompañamiento y evaluación sistemática de las acciones implementadas, con vistas a la readecuación del proceso de trabajo.

Las atribuciones de los diversos profesionales de los Equipos de Salud de la Familia, de Salud Bucal, de la ACS y enfermeros de los equipos PACS se describen en el Anexo I.

5 – DE LA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE DE LOS EQUIPOS

El proceso de capacitación debe ser iniciado concomitantemente con el inicio del trabajo de las ESF, a través de Curso de Introducción para todo el equipo.

Se recomienda que:

- I - El Curso de Introducción se realice en los primeros 3 meses de la implantación de la ESF;
- II - la responsabilidad de la realización del curso de introducción y/o de los cursos para la educación permanente de los equipos, en municipios con población inferior a 100 mil habitantes, será de la Secretaría de Estado de Salud junto con la Secretaría Municipal de Salud; y
- III - la responsabilidad de la realización del curso de introducción y/o de los cursos para la educación permanente de los equipos, en municipios con una población superior a 100 mil habitantes, recae sobre la Secretaría Municipal de Salud, que deberá realizar colaboración con la Secretaría de Estado de Salud. En el Distrito Federal, su Secretaría de Salud es responsable del curso de introducción y/o de los cursos para la educación permanente de los equipos.

Los contenidos mínimos del Curso de Introducción y de la Educación Permanente para las ESFs, serán objeto de reglamentación específica editada por el Ministerio de Salud.

6 - DEL PROCESO DE IMPLANTACIÓN

- I – El municipio y el Distrito Federal, deberán elaborar las propuestas de implantación o expansión de la ESF, EBS y ACS y de conformidad con el reglamento estadual aprobado por la CIB. En el caso de ausencia de reglamento específico, podrán ser utilizados las tablas constantes en el Anexo II de esta Resolución Ministerial. La propuesta debe definir:

- a) territorio que debe abarcar, con estimativa de la población residente, definición del número de equipos que deberán actuar y con el mapeamiento de las áreas y micro-áreas;
 - b) infraestructura incluyendo área física, equipamientos y materiales disponibles en las UBS donde actuarán los equipos, explicando el número y el local de las unidades donde irán actuar cada uno de los equipos;
 - c) acciones que deben ser desarrolladas por los equipos en el ámbito de la Atención Primaria, especialmente en las áreas prioritarias definidas en el ámbito nacional;
 - d) proceso de gerencia y supervisión del trabajo de los equipos, contemplando el cumplimiento de la carga horaria de 40 horas semanales;
 - e) forma de reclutamiento, selección y contratación de los profesionales de los equipos, contemplando el cumplimiento de la carga horaria de 40 horas semanales;
 - f) implantación del Sistema de Información de la Atención Primaria (SIAB), incluyendo recursos humanos y materiales para hacerlo operativo;
 - g) proceso de evaluación del trabajo de los equipos, de la forma del seguimiento del Pacto de los Indicadores de la Atención Primaria y de la utilización de los datos de los sistemas nacionales de información;
 - h) la contrapartida de recursos del municipio y del Distrito Federal.
- II – La propuesta elaborada deberá ser aprobada por los Consejos de Salud de los Municipios y encaminada a la Secretaría Estadual de Salud o a su instancia regional para análisis. El Distrito Federal, después de la aprobación por su Consejo de Salud, deberá encaminar su propuesta al Ministerio de Salud;
 - III - La Secretaría Estadual de Salud o su instancia regional, tendrá un plazo de 30 días después de la fecha del protocolo de entrada del proceso, para su análisis y encaminamiento a la Comisión de

Intergestores Bipartita (CIB);

- IV – después de dicha aprobación en la CIB, cabe a la Secretaría de Salud de los Estados y del Distrito Federal informar al Ministerio de Salud, antes del día 15 de cada mes, el número de ESF, de ESB y de ACS, que justifican el recibimiento de incentivos financieros del PAB variable.
- V – El municipio, con los equipos previamente acreditados por el estado, de conformidad con la decisión de la CIB, pasará a recibir el incentivo correspondiente a los equipos efectivamente implantados, a partir del catastro de profesionales en el sistema nacional de información, definido para dicho fin y de la alimentación de datos en el sistema que comprueben el inicio de sus actividades;
- VI - El Ministerio de Salud, los estados y los municipios tendrán como plazo como máximo de 180 días para la implantación del nuevo flujo de acreditación e implantación de ESF, de ESB y de ACS; y
- VII - El flujo de los usuarios, para garantía de la referencia y contra-referencia a la atención especializada, en los servicios asistenciales de media complejidad ambulatoria, incluyendo apoyo diagnóstico de laboratorio y de imagen – RX y ecografía, salud mental e internación hospitalaria, teniendo en cuenta los modelos mínimos de oferta de servicios de acuerdo con los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y la propuesta para garantía de la asistencia farmacéutica básica, deben constar en el Plano Municipal de Salud.

CAPÍTULO III

Do Financiamento Da Atenção Básica

1 - CONSIDERACIONES GENERALES

La financiación de la Atención Primaria se realizará de forma tripartita.

El Piso de la Atención Primaria (PAB) se constituyó dentro del componente federal para la financiación de la Atención Primaria, estando compuesto de una fracción fija y otra variable.

La suma de las partes fija y variable del Piso de la Atención Primaria (PAB) conformará el Piso Financiero del Bloque Atención Primaria, conforme

establecido en la directrices de los Pactos por la Vida, en Defensa del SUS y de su Gestión.

Los recursos del Piso Financiero del Bloque Atención Primaria, deberán ser utilizados para las acciones de la Atención Primaria descritas en los Planos de Salud del municipio y del Distrito Federal.

2 - DEL PISO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El Piso de la Atención Primaria - PAB consiste en un a suma de recursos financieros federales destinados a viabilizar las acciones de la Atención Primaria de la salud y compone el Piso Financiero del Bloque de la Atención Primaria.

El PAB esta compuesto de una parte fija (PAB fijo) destinada a todos los municipios y de una parte variable (PAB variable) que consiste en un montante de recursos financieros destinados a estimular la implantación de las siguientes estrategias nacionales de reorganización del modelo de atención a la salud: Salud de la Familia – SF; Agentes Comunitarios de Salud – ACS; Salud Bucal – SB; Compensación de Especificidades Regionales; Salud Indígena – SI; y Salud en el Sistema Penitenciario.

Los repases de los recursos de los PABs fijo y variable a los municipios se efectúan en cuenta abierta, específicamente para dicha finalidad, con el objetivo de facilitar el seguimiento por los Consejos de Salud en el ámbito de los municipios, de los estados y del Distrito Federal.

Los recursos se repasarán en cuenta específica denominada “FMS – nombre del municipio – PAB” de acuerdo con la normativa general de transferencias fondo a fondo del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud definirá los códigos de lanzamientos, así como sus identificadores literales, que constaran de los respectivos avisos de crédito, para dejar transparente el objeto de cada lanzamiento en cuenta. El aviso de crédito deberá ser enviado al Secretario de Salud, al Fondo de Salud, al Consejo de Salud, al Poder Legislativo y al Ministerio Público, de los respectivos niveles de gobierno.

Los registros contables y los demostrativos gerenciales mensuales, debidamente actualizados, relativos a los recursos repasados a dichas cuentas, quedaran permanentemente a la disposición de los Consejos responsables por el seguimiento y la fiscalización, en el ámbito de los Municipios, de los Estados, del Distrito Federal y de los órganos de

fiscalización federales, estatales y municipales, de control interno y externo.

Los municipios deberán enviar por vía electrónica el procesamiento de la producción de servicios referentes al PAB a la Secretaría Estatal de Salud, de acuerdo con el cronograma por ella misma establecido. Las Secretarías de los Estados y del Distrito Federal deben enviar las informaciones al DATASUS, observando el cronograma establecido por el Ministerio de Salud.

Los municipios y el Distrito Federal deberán efectuar sus gastos según las exigencias legales solicitadas de cualquier otro gasto de la administración pública (procesamiento, empeño, liquidación y efectuación del pago).

De acuerdo con el artículo 6º, del Decreto nº 1.651/95, la comprobación de la aplicación de los recursos transferidos del Fondo Nacional de Salud para los Fondos Estadales y Municipales de Salud, según el Decreto nº 1.232/94, que trata de las transferencias fondo a fondo, debe presentarse al Ministerio de Salud y al Estado, a través de informe de gestión, aprobado por el respectivo Consejo de Salud.

De la misma forma, el rendimiento de cuentas de los valores recibidos y aplicados en el periodo debe ser aprobado por el Consejo Municipal de Salud y encaminado al Tribunal de Cuentas del Estado o Municipio y a la Cámara Municipal.

La demostración del movimiento de los recursos de cada cuenta deberá efectuarse, ya sea en la Rendición de Cuentas, ya sea cuando solicitada por los órganos de control, mediante presentación de:

- I - informes mensuales del origen y de la aplicación de los recursos;
- II - demostrativo sintético de ejecución presupuestaria;
- III - demostrativo detallado de los principales gastos; e
- IV - informe de gestión.

El Informe de Gestión deberá mostrar cómo la aplicación de los recursos financieros resultó en acciones de salud para la población, incluyendo cuantitativos mensuales y anuales de producción de servicios de la Atención Primaria.

2.1. De la parte fija del Piso de la Atención Primaria

Los recursos del PAB serán transferidos mensualmente, de forma regular y automática, del Fondo Nacional de Salud a los Fondos Municipales de Salud y al Distrito Federal.

Excepcionalmente, los recursos del PAB correspondientes a la población de municipios que no cumplen con los requisitos mínimos reglamentados en esta Resolución Ministerial, podrán ser transferidos, transitoriamente, a los Fondos Estadales de Salud, de conformidad con las resoluciones de las Comisiones Intergestores Bipartitas.

La parte fija del PAB se calculará por la multiplicación de un valor per capita, fijado por el Ministerio de Salud, para la población de cada municipio y del Distrito Federal y su valor se publicará en Resolución Ministerial específica. En los Municipios cuyos valores referentes ya sean superiores al mínimo valor por capita propuesto, se mantendrá el mayor valor.

La población de cada municipio y del Distrito Federal será la población definida por el IBGE y publicada en Resolución Ministerial específica por el Ministerio de Salud.

Los municipios que ya reciben incentivos referentes a equipos de proyectos semejantes al PSF, de acuerdo con la Resolución Ministerial n° 1.348/GM, del 18 de noviembre de 1999, e Incentivos de Descentralización de Unidades de Salud, de la FUNASA, de acuerdo con la Resolución Ministerial n° 1.502/GM, del 22 de agosto de 2002, tendrán los valores correspondientes incorporados a su PAB fijo, a partir de la publicación del Piso financiero del Bloque de Atención Primaria.

Se mantendrán las acciones descritas en los grupos de los Procedimientos de la Atención Primaria, en el Cuadro del Sistema de Informaciones Ambulatorias del Sistema Único de Salud, que permanecen como referencia para la alimentación de los bancos de datos nacionales.

2.2. Del Piso de la Atención Primaria Variable

Los recursos del PAB variable son parte integrante del Bloque de la Atención Primaria y tendrán su utilización definida en los planos municipales de salud, dentro del objetivo de las acciones previstas en esta Política.

El PAB variable representa la fracción de recursos federales para la financiación de las estrategias nacionales de organización de la Atención Primaria, cuya financiación global es de composición tripartita.

Para justificar el financiamiento específico del PAB variable, el Distrito Federal y los municipios deben adherir a las estrategias nacionales:

- I - Salud de la Familia (SF);
- II - Agentes Comunitarios de Salud (ACS);
- III - Salud Bucal (SB);
- IV - Compensación de Especificidades Regionales;
- V - Salud Indígena (SI); y
- VI - Salud en el Sistema Penitenciario.

La transferencia de los recursos financieros que componen los incentivos relacionados con el PAB variable de la Salud Indígena – SI, se regulará en Resolución Ministerial específica.

La transferencia de los recursos financieros que componen los incentivos relacionados con el PAB variable de la Salud en el Sistema Penitenciario, se realizará conforme a lo dispuesto en la Orden Interministerial n° 1.777, del 9 de septiembre de 2003.

La efectución de la transferencia de los recursos financieros que componen los incentivos al PAB variable de la SF, de los ACS y de la SB, tiene como base, los datos de alimentación obligatoria del SIAB, cuya responsabilidad de mantenimiento y actualización cabe a los gestores del Distrito Federal y de los municipios:

- I - Los datos serán transferidos, por las Secretarías Estadales de Salud y del Distrito Federal, para el Departamento de Informática del SUS - DATASUS, por vía magnética, antes del día 15 de cada mes;
- II - Los datos que deben ser transferidos se referirán al periodo del 1° a 30 del mes inmediatamente anterior a su envío;
- III - La transferencia de los datos para la Base Nacional del SIAB, se realizará a través del BBS/MS, de Internet, o mediante disquete;
- IV - El DATASUS enviará a la Secretaría Estadual de Salud, el recibo de entrada de los datos en la Base Nacional del SIAB; e
- V - El DATASUS actualizará la Base Nacional del SIAB, localizada en el Departamento de Atención Primaria, de la Secretaría de Atención a la Salud, antes del día 20 de cada mes.

El número máximo de equipos de Salud de la Familia, de Salud Bucal y de ACS que serán financiadas por el Ministerio de Salud, cada año, será definido en Resolución Ministerial específica, respetando los límites presupuestarios.

Los valores de los componentes del PAB variable serán definidos en Resolución Ministerial específica por el Ministerio de Salud.

Equipo de Salud de la Familia (ESF)

Los valores de los incentivos financieros para los Equipos de Salud de la Familia implantados se transferirán cada mes, teniendo como base el número de Equipos de Salud de la Familia (ESF) registrados en el registro de equipos y profesionales del Sistema de Información de Atención Primaria – SIAB, en el mes anterior a la respectiva competencia financiera.

El número máximo de ESF a través de las cuales el municipio y el Distrito Federal pueden justificar el recibimiento de recursos específicos se calculará a través de la fórmula: población / 2400.

La fuente de datos poblacionales que debe ser utilizada en el cálculo será la misma vigente para el cálculo de la parte fija del PAB.

Se establecen dos modalidades de financiamiento para las ESF:

1. ESF Modalidad 1: son las ESF que atienden a los siguientes criterios:

- I – que estén implantadas en municipios con Índice de Desarrollo Humano (IDH), igual o inferior al 0,7 y población de hasta 50 mil habitantes en los Estados de la Amazonía Legal y hasta de 30 mil habitantes en los demás Estados del País; o
- II – que estén implantadas en municipios que integraron el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud (PITS) y que no estén encuadradas en el establecimiento en la línea I de este apartado; y
- III – que estén implantadas en municipios no incluidos en lo establecido en las líneas I e II y atendieran a la población restante de comunidades palenques o residentes en asentamientos de como mínimo 70 (setenta) personas, respectado el número máximo de equipos por municipio, publicado en Resolución Ministerial específica.

2. ESF Modalidad 2: son las ESF implantadas en todo el territorio nacional que no se encuadran en los criterios de la Modalidad 1.

Los valores de los componentes del PAB variable para las ESF Modalidades I y II se definirán en Resolución Ministerial específica publicada por el Ministerio de Salud.

Los municipios pasarán a justificar el recibo de incentivos después del registro de los Equipos de Salud de la Familia, responsables por la asistencia de dichas poblaciones específicas en el Sistema de Información de la Atención Primaria.

Agentes Comunitarios de Salud (ACS)

Los valores de los incentivos financieros para los equipos de los ACS implantadas serán transferidos cada mes, teniendo como base el número de Agentes Comunitario de Salud (ACS), registrados en el catastro de equipos y profesionales del Sistema de Información de Atención Primaria – SIAB, en la respectiva competencia financiera.

Se reparará una parcela extra, en el último trimestre de cada año, cuyo valor se calculará con base en el número de Agentes Comunitarios de Salud registrados en el Catastro de equipos y profesionales del Sistema de Información de Atención Primaria – SIAB, en el mes de agosto del año vigente.

El número máximo de ACS por los cuales el municipio y el Distrito Federal pueden justificar el recibimiento de recursos financieros específicos se calculará a través de la fórmula: población IBGE/ 400.

Para los municipios de los estados de la Región Norte, Maranhão y Mato Grosso, la fórmula será: población IBGE de la zona urbana / 400 + población de la zona rural IBGE/ 280.

La fuente de datos de las poblaciones que deben ser utilizados para el cálculo será la misma vigente para el cálculo de la parte fija del PAB, definida por el IBGE y publicada por el Ministerio de Salud.

Equipos de Salud Bucal (ESB)

Los valores de los incentivos financieros para los Equipos de Salud Bucal implantados se transferirán cada mes, teniendo como base el número de Equipos de Salud Bucal (ESB) registrados en el catastro de Equipos y profesionales del Sistema de Información de Atención Primaria – SIAB, en la respectiva competencia financiera.

Justificarán el recibimiento de los incentivos financieros referentes a los Equipos de Salud Bucal (ESB), todos los equipos que estén implantados en el SIB, siempre y cuando no ultrapasen el número existente de Equipos de Salud de la Familia y consideren la lógica de la organización de la Atención Primaria – Salud de la Familia.

Se establecen dos modalidades de financiamiento para las ESB:

- I - Equipo de Salud Bucal Modalidad 1: compuesta por, como mínimo 1 cirujano-dentista y 1 auxiliar de consultorio dental;
- II - Equipo de Salud Bucal Modalidad 2: compuesta por, como mínimo 1 cirujano-dentista, 1 auxiliar de consultorio dental y 1 técnico de higiene dental.

Compensación de Especificidades Regionales

Los valores del recurso de Compensación de Especificidades Regionales se definirán en la Resolución Ministerial específica para dicho fin.

La utilización de los recursos de Compensación de Especificidades Regionales se definirá periódicamente por la CIBs.

La CIB seleccionará los municipios que serán contemplados, a partir de criterios regionales, así como la forma de utilización de dichos recursos de acuerdo con las especificidades regionales y/o municipales de cada estado, como por ejemplo el trabajo temporero, las migraciones, la dificultad de asentamiento de profesionales, IDH, indicadores de resultados, educación permanente, formación de ACS.

Los criterios definidos deben informarse al plenario de la CIT. En el caso del Distrito Federal, la propuesta de aplicación de este recurso deberá someterse a la aprobación del Consejo de Salud, del Distrito Federal.

Las Secretarías Estadales de Salud enviarán listado de los municipios con los valores y el periodo de transferencia de los recursos pactados en las CISs, al Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, para que los valores sean transferidos del FNS para los FMS.

3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA TRANSFERENCIA DEL PAB

Los requisitos mínimos para el mantenimiento de la transferencia del PAB, son aquellos definidos por la legislación federal del SUS.

El Plan de Salud municipal o del Distrito Federal aprobado por el respectivo Consejo de Salud y actualizado todos los años, debe especificar la propuesta de la organización de la Atención Primaria y explicitar cómo serán

utilizados los recursos del Bloque de Atención Primaria. Los municipios y el Distrito Federal debe mantener la guarda de dichos Planos, como mínimo durante 10 años, para fines de evaluación, monitoreo y auditoría.

El Informe de Gestión deberá demostrar cómo la aplicación de los recursos financieros resultó en acciones para la población, incluyendo cuantitativos mensuales y anuales de producción de servicios de la Atención Primaria y deberá presentarse anualmente para apreciación y aprobación el Consejo Municipal de Salud.

Los valores del PAB fijo se corregirán anualmente mediante cumplimiento de metas pactadas para indicadores de Atención Primaria. Excepcionalmente el hecho de no alcanzar las metas podrá ser evaluado y justificado por las Secretarías Estadales de Salud y por el Ministerio de Salud, de manera a garantizar dicha corrección.

Los indicadores de seguimiento para 2006 son:

- I - Cobertura firmada por el gestor municipal y del Distrito Federal para el año anterior, en el Pacto de la Atención Primaria, para:
 - a) promedio anual de consultas médicas por habitante en las especialidades básicas;
 - b) proporción de nacidos vivos de madres con cuatro o más consultas de prenatal;
 - c) razón entre exámenes citopatológicos cervico-vaginales, en mujeres entre 25 y 59 años y la población femenina de dichas edades; y
- II - Cobertura de vacunación de la tercera dosis de tetravalente en menores de menos de un año de edad, mayor o igual al 95%;

El Ministerio de Salud publicará anualmente, mediante Resolución Ministerial específica, los indicadores de seguimiento para fines de reajuste del PAB fijo.

4 - DE LA SOLICITUD DE CRÉDITO RETROACTIVO

Considerando la ocurrencia de problemas en la alimentación del Sistema de Información de la Atención Primaria – SIAB, por parte de los municipios y/o del Distrito Federal, y en la transferencia de los archivos realizada por los municipios, el Distrito Federal y los Estados, el Fondo Nacional de Salud - FNS/SE/MS podrá efectuar crédito retroactivo de los incentivos financie-

ros a equipos de Salud de la Familia, a equipos de Salud Bucal y a Agentes Comunitarios de Salud, con base en solicitud de la Secretaría de Atención a la Salud – SAS/MS.

Dicha retroactividad se limitará a los seis meses anteriores al mes en curso.

Para solicitar los créditos retroactivos, los municipios y el Distrito Federal deberán:

- I – rellenar la planilla constante del Anexo III de esta Política, para informar el tipo de incentivo financiero que no fue acreditado en el Fondo Municipal de Salud o del Distrito Federal, discriminando la competencia financiera correspondiente e identificando el equipo, con los respectivos profesionales que la componen o el agente comunitario de salud que no generó crédito de incentivo;
- II - imprimir el informe de producción, en el caso de equipos de Salud de la Familia, referente al equipo y al mes trabajado, que no generan la transferencia de los recursos; y
- III - enviar el oficio a la Secretaria de Salud de su estado, pleiteando la complementación de crédito, acompañado de la planilla mencionada en el ítem y en el Informe de producción correspondiente. En el caso del Distrito Federal, el oficio deberá ser encaminado al Departamento de Atención Primaria de la SAS/MS.

Las Secretarías Estadales de Salud, después de analizar la documentación recibida de los municipios, deberán encaminar al Departamento de Atención Primaria de la SAS/MS, solicitud de complementación de crédito de los incentivos tratados en esta Resolución Ministerial, acompañada de los documentos referidos en los ítems I y II.

La Secretaria de Atención a la Salud – SAS/MS, a través del Departamento de Atención Primaria, procederá al análisis de las solicitudes recibidas, verificando la adecuación de la documentación enviada, si hubo suspensión del crédito en virtud de la constatación de irregularidad en el funcionamiento de los equipos y si la situación de calificación del municipio o del Distrito Federal, en la competencia reclamada, permite el repase de los recursos pleiteados.

5 - DE LA SUSPENSIÓN DEL REPASE DE RECURSOS DEL PAB

El Ministerio de Salud suspenderá el repase de recursos del PAB a los municipios y al Distrito Federal, cuando:

- I – No exista alimentación regular, por parte de los municipios y del Distrito Federal, de los bancos de datos nacionales de información, a saber:
 - a) Sistema de Informaciones de la Atención Primaria (SIAB) – para los municipios y el Distrito Federal, caso hayan implantado ACS y/o ESF y/o ESB;
 - b) Sistema de Informaciones Ambulatorias - SIA;
 - c) Sistema de Informaciones sobre Mortalidad - SIM;
 - d) Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos - SINASC;
 - e) Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - SISVAN;
 - f) Sistema de Informaciones de Agravios de Notificación - SINAN; y
 - g) Sistema de Informaciones del Programa Nacional de Inmunizaciones SIS-PNI.

Se considera alimentación regular, la ausencia de envío de informaciones durante 2 meses consecutivos o 3 meses alternados durante un año.

- II – Si se llegar a detectar, a través de auditoría federal o estadual, malversación o desvío de finalidad en la utilización de los recursos.

La suspensión se mantendrá hasta la adecuación de las irregularidades identificadas.

5.1. De la suspensión del repase de recursos del PAB variable

El Ministerio de Salud suspenderá el repase de recursos de los incentivos a equipos de Salud de Familia o de Salud Bucal, al municipio y/o al Distrito Federal, cuando se constate, a través del monitoreo y/o de la supervisión directa del Ministerio de Salud o de la Secretaría Estadual de Salud o por auditoría del DENASUS, alguna de las siguientes situaciones: I - inexistencia de unidad de salud registrada para el trabajo de los equipos y/o;

- II - ausencia de cualquiera de los profesionales del equipo por periodo superior a 90 (noventa) días, exceptuando los perio-

dos en que la contratación de profesionales esté impedida por legislación específica y/o;

- III – la falta de cumplimiento de la carga horaria para los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia o de la Salud Bucal establecida en esta Política.

El Ministerio de Salud suspenderá el repase de los incentivos relativos a los Agentes Comunitarios de salud, al municipio y/o al Distrito Federal, en los casos en que se constaten, a través del monitoreo y/o de supervisión o por auditoría del DENASUS, alguna de las siguientes situaciones:

- I - inexistencia de unidad de salud registrada como referencia para la población registrada por los ACS y/o;
- II - ausencia de enfermero supervisor por un período superior a 90 (noventa) días, exceptuando los periodos en que la legislación electoral impide la contratación de profesionales, en los cuales será considerada irregular la ausencia de profesional por y/o;
- III - ausencia de ACS, por un período superior a 90 (noventa) días consecutivos, y/o;
- IV – falta de cumplimiento de la carga horaria establecida en esta Política, para los profesionales.

6 – DE LOS RECURSOS DE ESTRUCTURACIÓN

En la complementación de los equipos de Salud de la Familia y de Salud Bucal, los municipios y/o el Distrito Federal recibirán recursos específicos para la estructuración de las Unidades de Salud de cada Equipo de Salud de la Familia y para los Equipos de Salud Bucal, con vistas a la mejora de la infraestructura física y de los equipamientos de las Unidades Primarias de Salud, para el trabajo de los equipos.

Dichos recursos se repasarán en la partida financiera del mes posterior a la implantación de los equipos. En caso de que el equipo implantado se desactive en un plazo inferior a 12 (doce) meses a partir del recibimiento del incentivo a la estructuración, el valor recibido será descontado de futuros valores, repasados a los Fondos de Salud del Distrito Federal, del estado o del municipio.

En caso de la reducción del número de Equipos de Salud de la Familia o de Salud Bucal, el municipio o el Distrito Federal no justificaran los nuevos recursos de implantación hasta que se alcance el número de equipos ya implantados anteriormente.

El Ministerio de Salud pondrá a disposición, cada año, recursos destinados a la estructuración de la red básica de servicios de acuerdo con su disponibilidad presupuestaria. La CIT pactará los criterios para la selección de los municipios y/o del Distrito Federal.

Para el año 2006 se pondrán a disponibilidad recursos a los municipios:

- I - Que realicen residencia médica en medicina familiar y comunitaria acreditada por el CNRM; y
- II - Que en sus Unidades Básicas de Salud reciban alumnos de Cursos de Graduación contemplados en el PROSAUDE.

El Ministerio de Salud publicará una Resolución Ministerial específica con la suma disponible, la forma de repase, el listado de los contemplados y el cronograma de desembolso.

Dichos recursos serán transferidos fondo a fondo a los municipios que se adecuen a dichos criterios y depositados en cuenta específica.

Anexo I

Las atribuciones de los profesionales de los Equipos de Salud de la Familia, de salud bucal y de ACS

Las atribuciones globales abajo descritas pueden ser contempladas con directrices y normas de la gestión local.

1 - SON ATRIBUCIONES COMUNES A TODOS LOS PROFESIONALES:

- I - participar del proceso de exploración de los territorios y mapeamiento del área de actuación del equipo, identificando grupos, familias e individuos expuestos a riesgos, inclusive a aquellos relativos al trabajo, y de la actualización continua de dichas informaciones, priorizando las situaciones que deben ser acompañadas en la planificación local;

- II - realizar el cuidado de la salud de la población inscrita, prioritariamente en el ámbito de la unidad de salud, en el domicilio y en los demás espacios comunitarios (escuelas, asociaciones, entre otros), cuando sea necesario;
- III - realizar acciones de atención integral conforme la necesidad de salud de la población local, así como las previstas en las prioridades y protocolos de la gestión local;
- IV - garantizar la integridad de la atención mediante la realización de acciones de estimulación de la salud, prevención de agravios y curativas; y de la garantía de atención de la demanda espontánea, de la realización de las acciones programáticas y de vigilancia a la salud;
- V - realizar búsqueda activa y notificación de enfermedades y agravios de notificación compulsoria y de otros agravios y situaciones de importancia local;
- VI - realizar la escucha calificada de las necesidades de los usuarios en todas las acciones, proporcionando asistencia humanizada y facilitando el establecimiento del vínculo;
- VII - esponsabilizarse por la población inscrita, manteniendo la coordinación del cuidado mismo, cuando ésta necesite de asistencia en otros servicios del sistema de salud;
- VIII - participar de las actividades de planificación y evaluación de las acciones del equipo, a partir de la utilización de los datos disponibles;
- IX - estimular la movilización y la participación de la comunidad, buscando hacer efectivo el control social;
- X - identificar colaboradores y recursos en la comunidad que puedan potenciar las acciones intersectoriales con el equipo, bajo coordinación de la SMS;
- XI - garantizar la calidad del catastro de las actividades en los sistemas nacionales de información en la Atención Primaria;
- XII - participar de las actividades de educación permanente; y
- XIII - realizar otras acciones y actividades que serán definidas de acuerdo con las prioridades locales.

2 - SON ATRIBUCIONES ESPECÍFICAS

Además de las atribuciones definidas, son atribuciones mínimas específicas de cada categoría profesional, cabiendo al gestor municipal o del Distrito Federal ampliarlas, de acuerdo con las especificidades locales.

Del Agente Comunitario de Salud:

- I - desarrollar acciones que busquen la integración entre el equipo de salud y la población inscrita en la UBS, considerando las características y las finalidades del trabajo de seguimiento de individuos y grupos sociales o colectividad;
- II - II - trabajar con registro de familias con base geográfica definida, el micro área;
- III - estar en contacto permanente con las familias desarrollando acciones educativas, con vistas a la estimulación de la salud y a la prevención de las enfermedades, de acuerdo con la planificación del equipo;
- IV - censar todas las personas de su micro área y mantener los catastros actualizados;
- V - orientar familias cuanto a la utilización de los servicios de salud disponibles;
- VI - desarrollar actividades de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades y de la vigilancia a la salud, mediante visitas domiciliarias y de acciones educativas individuales y colectivas, en las residencias y en la comunidad, manteniendo al equipo informado, sobre todo de aquellas en situación de riesgo;
- VII - acompañar, mediante visita domiciliaria, todas las familias e individuos bajo su responsabilidad, de acuerdo con las necesidades definidas por el equipo; y
- VIII - cumplir con las atribuciones actualmente definidas para los ACS con relación a la prevención y al control de la malaria y del dengue, de conformidad con la Resolución Ministerial n° 44/GM, del 3 de enero de 2002.

Nota: Esta permitido a lo ACS desarrollar actividades en las unidades básicas de salud, siempre que estén vinculadas a las atribuciones arriba mencionadas.

Del Enfermero del Programa Agentes Comunitarios de Salud:

- I - planear, administrar, coordinar y evaluar las acciones desarrolladas por los ACS;
- II - supervisar, coordinar y realizar actividades de calificación y educación permanente de los ACS, con vistas al desempeño de sus funciones;
- III - facilitar la relación entre los profesionales de la Unidad Básica de Salud y ACS, contribuyendo para la organización de la demanda referenciada;
- IV - realizar consultas y procedimientos de enfermería en la Unidad Básica de salud y, cuando sea necesario, en el domicilio y en la comunidad;
- V - solicitar exámenes complementarios y prescribir medicaciones, conforme protocolos u otras normativas técnicas establecidas por el gestor municipal o del Distrito Federal, observadas las disposiciones legales de la profesión;
- VI - organizar y coordinar grupos específicos de individuos y familias en situación de riesgo, del área de actuación de los ACS; y
- VII - participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la UBS.

Del Enfermero:

- I - realizar asistencia integral a las personas y familias en la USF y, si indicado o necesario, en el domicilio y/o en los demás espacios comunitarios;
- II - realizar consultas de enfermería, solicitar exámenes complementarios y recetar medicaciones, observadas las disposiciones legales de la profesión y conforme los protocolos u otras normativas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud, los gestores estatales, los municipales o los del Distrito Federal." (NR);
- III - planear, administrar, coordinar y evaluar las acciones desarrolladas por los ACS;
- IV - supervisar, coordinar y realizar actividades de educación permanente de los ACS, y del equipo de enfermería;
- V – contribuir y participar de las actividades de Educación Permanente del Auxiliar de Enfermería, ACD y THD; y

- VI - participar de la gerencia de los insumos necesarios para la adecuación de la USF.

(Los ítems I y II tienen una nueva redacción, conforme Resolución Ministerial N° 1.625, del 10 de julio de 2007)

Del Médico:

- I - realizar asistencia integral (estimulación y protección de la salud, prevención de agravios, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud) a los individuos y familias en todas las fases del desarrollo humano: infancia, adolescencia, edad adulta y tercera edad;
- II - realizar consultas clínicas y procedimientos en la USF y, cuando indicado o necesario, en el domicilio y/o en los demás espacios comunitarios (escuelas, asociaciones, etc.);
- III - realizar actividades de demanda espontánea y programada en clínica médica, pediatría, gineco-obstetricia, cirugías ambulatorias, pequeñas urgencias clínico-quirúrgicas y procedimientos para fines de diagnósticos;
- IV - encaminar, cuando necesario, usuarios a servicios de media y alta complejidad, respetando los flujos de referencia y contra referencia locales, manteniendo su responsabilidad por el seguimiento del plan terapéutico del usuario, propuesto por la referencia;
- V - indicar la necesidad de internación hospitalaria o domiciliaria, manteniendo la responsabilidad por el seguimiento del usuario;
- VI – contribuir y participar de las actividades de Educación Permanente de los ACS, Auxiliares de Enfermería, ACD y THD; y
- VII - participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.
- VIII - es competencia del médico acompañar la ejecución de los Expedientes Médicos, modificando la rutina médica, siempre que existan indicaciones clínicas y evidencias científicas para ello;
- IX - en la eventualidad de la revisión de los Protocolos o de la creación de nuevos Protocolos, los Consejos Federales de Medicina y Enfermería y demás Consejos, cuando necesario, deberán participar también de su elaboración." (NR)

(Los ítems VIII y IX fueron ampliados conforme Resolución Ministerial N° 1.625, del 10 de julio de 2007).

Del Auxiliar y del Técnico de Enfermería:

- I - participar de las actividades de asistencia básica realizando procedimientos regulados en el ejercicio de su profesión en la USF y, cuando indicado o necesario, en el domicilio y/o en los demás espacios comunitarios (escuelas, asociaciones, etc.);
- II - realizar acciones de educación de la salud a grupos específicos y a familias en situación de riesgo, conforme planificación del equipo; y
- III - participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.

Del Cirujano Dentista:

- I - realizar diagnóstico con la finalidad de obtener el perfil epidemiológico para la planificación y la programación en salud bucal;
- II - realizar los procedimientos clínicos de la Atención Primaria en salud bucal, incluyendo la atención de las urgencias y pequeñas cirugías ambulatorias;
- III - realizar la asistencia integral en salud bucal (estimulación y protección de la salud, prevención de agravios, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud) individual y colectiva a todas las familias, a individuos y a grupos específicos, de acuerdo con la planificación local, con solución de problemas;
- IV - encaminar y orientar los usuarios, cuando necesario, a otros niveles de asistencia, manteniendo su responsabilidad por el seguimiento del usuario y el segmento del tratamiento;
- V - coordinar y participar de acciones colectivas orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades bucales;
- VI - acompañar, apoyar y desarrollar actividades referentes a la salud bucal con los demás miembros del Equipo de Salud de la Familia, buscando a aproximar e integrar las acciones de salud de forma multidisciplinar.
- VII - contribuir y participar de las actividades de Educación Permanente del THD, ACD y ESF;
- VIII - realizar supervisión técnica del THD y ACD; y
- IX - participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.

Del Técnico en Higiene Dental (THD):

- I - realizar la atención integral de la salud bucal (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación) individual y colectiva a todas las familias, a individuos y a grupos específicos, según programación y de acuerdo con sus competencias técnicas y legales;
- II - coordinar y realizar el mantenimiento y la conservación de los equipamientos odontológicos;
- III - acompañar, apoyar y desarrollar actividades sobre la salud bucal, con los demás miembros del equipo de Salud de la Familia, buscando a aproximar e integrar las acciones de salud de manera multidisciplinar.
- IV - apoyar las actividades de los ACD y de los ACS en las acciones de prevención y promoción de la salud bucal: y
- V - participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.

Del auxiliar de Consultorio Dental (ACD):

- I - realizar acciones de fomento y prevención de la salud bucal para las familias, grupos e individuos, mediante planificación local y protocolos de atención a la salud;
- II - proceder a la desinfección y a la esterilización de materiales e instrumentos utilizados;
- III - preparar y organizar instrumental y materiales necesarios;
- IV - instrumentalizar y auxiliar al cirujano dentista y/o al THD en los procedimientos clínicos;
- V - cuidar del mantenimiento y conservación de los equipamientos odontológicos;
- VI - organizar la agenda clínica;
- VII - acompañar, apoyar y desarrollar actividades sobre la salud bucal con los demás miembros del equipo de salud de la familia, buscando aproximar e integrar las acciones de forma multidisciplinar; y
- VIII - participar de la gerencia de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento de la USF.

Anexo II

De la política nacional de Atención Primaria

Tablas Para Proyectos de Implantación – ACS/SF/SB

Caracterización General

Nombre o n° da SF/SB	Área geográfica de actuación (Nombre del municipio/Barrio/Comunidad)	Población estimada

Infraestructura

Nombre o n° da ESF	Material Permanente			
	Existentes	Cantidad	A adquirir	Cantidad

Forma de contratación de recursos humanos

Profesional	Forma de contratación	Forma de selección	Forma de contratación	Régimen de trabajo
Médico				
Enfermero				
Auxiliar de Enfermería				
Agente Comunitario de Salud				
Dentista				
Auxiliar de Consultorio Dental (ACD)				
Técnico en Higiene Dental (THD)				
Otros profesionales (especificar)				

Tabla de Metas de las Acciones en Áreas Estratégicas

Nombre o n° de la ESF	Área estratégica de actuación	Acciones propuestas para a ESF	Cuantitativo de acciones programadas por año, por ESF
	Salud del Niño		
	Salud de la Mujer		
	Control de la Diabetes		
	Control de la Hipertensión		
	Eliminación da Hanseniasis		
	Control de la Tuberculosis		
	Salud Bucal		
	Eliminación de la desnutrición infantil		
	Promoción de la salud		
	Salud del Anciano		

Evaluación y seguimiento de las acciones

Instrumento de Evaluación	Forma de seguimiento propuesta
SIAB	
Pacto de Atención Primaria	
Pacto de Gestión	
Otros (especificar)	

Tabla resumen de financiación de las áreas de implantación

Gastos	Gastos con personal	Gastos con material/mantenimiento	Estructuración	TOTAL
Actual				
Propuesta con SF/SB				

Ingresos	Recursos municipales	Recursos estatales	Incentivo Ministerio da Salud	TOTAL
Actual				
Propuesta con SF/SB				

Definición de las Referencias en la Media Complejidad

Acciones de Referencia	Nombre y local de la Unidad de Referencia	Forma de Encaminamiento
Atención especializada		
Atención en urgencias		
Exámenes de laboratorio		
Radiodiagnóstico		
Ecografía		
Rehabilitación		
Ingreso en las Clínicas Básicas		

Anexo III

De la Política Nacional de Atención Primaria

Solicitud retroactiva de complementación del repase de los incentivos financieros – año _____

Equipo de salud de la familia, equipos de salud bucal y de agentes comunitarios de salud.

Municipio _____ UF _____

Código IBGE _____ Competencia _____

Tipo de incentivo: costeo adicional

ESF ACS ESB mod. I ESB mod. II

Identificación del equipo _____

Motivo del no registro en el SIAB _____

NOMBRE DE LOS PROFESIONALES	CATEGORIA PROFESIONAL	CATASTRO PROFESIONAL / IDENTIDAD

NOMBRE DEL EQUIPO: Identificación del equipo a través del nombre utilizado.

TIPO DE INCENTIVO: Identificar, inicialmente, si el incentivo es de gastos (aquel transferido mensualmente) o es el adicional. A continuación, marcar si es relativo a equipos de salud de la familia, agentes comunitarios de salud o equipos de salud bucal, modalidad I o II.

RELACIÓN DE PROFESIONALES: Nombre completo de cada profesional integrante del equipo, que no generó incentivo.

CATEGORIA PROFESIONAL: Identificar la categoría de cada profesional anotado en la columna anterior

IDENTIDAD/ CATASTRO PROFESIONAL: Informar, en el caso del médico, del enfermero y del dentista, el catastro profesional; y para los demás, escribir el número del documento de identidad,

Fecha _____

Secretario Municipal de Salud _____

Secretario de Salud del Estado _____



Resolución Ministerial n° 649/ GM, del 28 de marzo de 2006

Define valores de financiación para el año de 2006, para la estructuración de Unidades Básicas de Salud para los equipos Salud de la Familia, como parte de la Política Nacional de Atención Básica.

El MINISTRO DE ESTADO DE SALUD, en el uso de sus atribuciones, y considerando la Política Nacional de Atención Primaria definida a través de la Resolución Ministerial de Directrices y Normas para la Atención Básica, Resolución Ministerial n° 648/GM, del 28 de marzo de 2006, que regula el desarrollo de las acciones de atención primaria a la salud en el Sistema Único de Salud (SUS) y define criterios para el uso de los recursos de la atención primaria,

RESUELVE:

- Art. 1º Definir, para el año de 2006, la transferencia, en partida única, por valor de R\$ 100.000,00 (cien mil reales) por curso de graduación, a los municipios que adhirieron al PROSAÚDE y reciben alumnos de enfermería, medicina y/o odontología en las Unidades Básicas de Salud municipales de los equipos de Salud de la Familia.
- Art. 2º Definir, para el año de 2006, como valor de transferencia para estructuración de Unidades Básicas de Salud municipales de los equipos de Salud de la Familia, a los municipios que reciban en dichas unidades, médicos residentes de Medicina de Familia y Comunidad, registrados en la Comisión Nacional de Residencia Médica (CNRM), partida única de R\$ 30.000,00 (treinta mil reales) por alumno residente.
- Art. 3º Definir que los recursos tratados en los artículos 1º y 2º de esta Resolución Ministerial sean transferidos del Fondo Nacional de Salud, a los Fondos Municipales de Salud para reformas, adecuaciones del área física y equipamiento.

Art. 4º Definir que cabe a la Secretaría de Atención de la Salud (SAS/MS), junto con la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud (SGTES/MS), la publicación del listado de municipios que atiendan a los criterios de esta Resolución Ministerial, con sus respectivos valores.

Art. 5º Definir que los recursos presupuestarios, de que trata la presente Resolución Ministerial, corran a cuenta del presupuesto del Ministerio de Salud, debiendo responsabilizarse por los siguientes Programas de Trabajo:

- I - 10.846.1214.0587 - Atención Asistencial Básica, en los Municipios Brasileños; y
- II - 10.845.1214.0589 - Incentivo Financiero a municipios Habilitados a la Parte Variable del Piso de la Atención Primaria - PAB para la Salud de la Familia.

Art. 6º Esta Resolución Ministerial entra en vigor en la fecha de su publicación.

SARAIVA FELIPE



Resolución Ministerial n° 650/ GM, del 28 de marzo de 2006

Define valores de financiación del PAB fijo y variable mediante la revisión de directrices y normas para la organización de la Atención Primaria, para la estrategia de Salud de la Familia y para el Programa de Agentes Comunitarios de Salud, instituidos por la Política Nacional de Atención Primaria.

EL MINISTRO DE ESTADO DE SALUD, en el uso de sus atribuciones, y considerando la Política Nacional de Atención Primaria definida en la Resolución Ministerial de Directrices y Normas para la Atención Primaria, Resolución Ministerial n° 648/GM, del 28 de marzo de 2006, que regula el desarrollo de las acciones de atención primaria de la salud, dentro del SUS y define criterios para el repase del Piso de Atención Primaria, fracción fija y variable,

RESUELVE:

Art. 1º Definir que el valor mínimo per capita del Piso de Atención Primaria, fracción fija (PAB fijo) corresponde a R\$ 13,00 (trece reales)/habitante al año.

Parágrafo único. Prevalecerá el mayor valor per capita del PAB fijo en los municipios cuyos valores referentes ya son superiores al mínimo per capita propuesto, con base en la fecha de la publicación de esta Resolución Ministerial.

Art. 2º Incorporar al PAB fijo de los municipios que reciben incentivos referentes a equipos de proyectos semejantes, de acuerdo con la Resolución Ministerial n° 1.348/GM, del 18 de noviembre de 1999 (Anexo I), los valores correspondientes a los pagos por los equipos de salud de los proyectos semejantes al PSF y los incentivos a la Descentralización de Unidades de Salud de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), de acuerdo con la Resolución Ministerial n° 233/GM, del 24 de marzo de 1999, y a la Resolución Ministerial

nº 1.502/GM, del 22 de agosto de 2002 (Anexo II), a partir de la competencia de marzo de 2006.

Art. 3º Crear dos modalidades de Incentivo Financiero para los Equipos de Salud de la Familia, implantados según los criterios establecidos por la Política Nacional de Atención Primaria.

§ 1º El valor de los Incentivos Financieros referentes a los Equipos de Salud de la Familia en la Modalidad 1, será de R\$ 8.100,00 (ocho mil y cien reales) al mes, por equipo.

§ 2º Pueden acceder al recibimiento, en la Modalidad 1, todos los equipos de Salud de la Familia de los Municipios constantes del Anexo IV de esta Resolución Ministerial, que asistan a poblaciones residentes en asentamientos o venidos de comunidades de palenques, respectado el número máximo de equipos definido en este Anexo IV.

§ 3º El valor de los Incentivos Financieros referentes a los Equipos de Salud de la Familia, en la Modalidad 2, es de R\$ 5.400,00 (cinco mil cuatrocientos reales) todos los meses, por equipo.

Art. 4º Definir que el valor del Incentivo Financiero para los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) sea de R\$ 350,00 (trescientos cincuenta reales) por ACS cada mes, a partir de la competencia financiera de abril de 2006, estableciendo como base de cálculo, el número de ACS registrados en el catastro de equipos y profesionales del Sistema de Atención Primaria (SIAB), en la respectiva competencia financiera.

Párrafo único. En el último trimestre de cada año, se repasará una partida extra, calculada con base en el número de Agentes Comunitarios de Salud catastrados en el catastro de equipos y profesionales del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAB), en el mes de agosto del año vigente, multiplicado por el valor del incentivo fijado en el caput de este artículo.

Art. 5º Definir los siguientes valores de Incentivo Financieros de los Equipos de Salud Bucal (ESB) en las Modalidades 1 y 2, según criterios establecidos por la Política de Atención Primaria:

I - Para las ESB en la Modalidad 1 se transferirán R\$ 1.700,00 (mil setecientos reales) todos los meses por equipo; y

II - Para las ESB en la Modalidad 2 se transferirán R\$ 2.200,00 (dos mil doscientos reales) cada mes, por equipo.

Párrafo único. Pueden justificar el recibimiento de un 50% más, sobre los valores transferidos, referentes a las ESB, implantadas de acuerdo con las modalidades definidas en el caput de este artículo, todos los equipos de Salud Bucal de los municipios que consten del Anexo III de esta Resolución Ministerial y los equipos de Salud Bucal de los municipios que consten del Anexo IV de esta Resolución Ministerial, que asisten a las poblaciones residentes en asentamientos o antiguas comunidades de palenques, respectado el número máximo de equipos definido en este Anexo IV.

Art. 6º Definir como valor de transferencia para cada Equipo de Salud de la Familia implantado, R\$ 20.000,00 (veinte mil reales), que serán transferidos en dos parcelas de R\$ 10.000,00 (diez mil reales), en los meses siguientes al mes de la implantación, como recurso para la inversión en las Unidades Básicas de Salud y realización del Curso de Introducción.

Art. 7º Definir como valor de transferencia para cada Equipo de Salud Bucal implantado, R\$ 7.000,00 (siete mil reales), que serán transferidos en parcela única el mes siguiente al de la implantación, como recurso para la inversión en la Unidades Básicas de Salud y la realización del Curso de Introducción.

Art. 8º Actualizar la base poblacional para el cálculo del PAB fijo y variable, con base en la población IBGE 2005 y población asentada de 2005, según información del Ministerio de Desarrollo Agrario, de conformidad con el Anexo V de esta Resolución Ministerial.

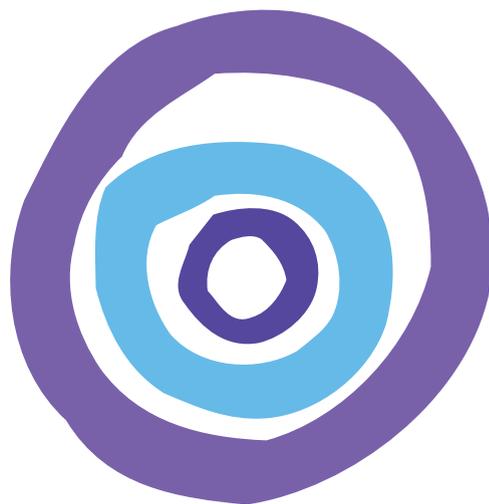
Art. 9º Definir que los recursos presupuestarios, de que trata esta Resolución Ministerial, corran a cuenta del presupuesto del Ministerio de Trabajo, debiendo abonar los siguientes Programas de Trabajo:

I - 10.846.1214.0587 - Atención Asistencial Básico en los municipios Brasileños; y

II - 10.845.1214.0589 - Incentivo Financiero a municipios Habilitados a la Parte Variable del Piso de Atención Primaria - PAB para la Salud de la Familia.

Art. 10. Esta Resolución Ministerial entra en vigor en la fecha de su publicación, con efectos financieros a partir del mes de competencia abril de 2006.

SARAIVA FELIPE



Resolución Ministerial n° 822/ GM, del 17 de Abril de 2006

Altera criterios para la definición de modalidades de las ESF dispuestas en la Política Nacional de Atención Primaria.

EL MINISTRO DE ESTADO DE SALUD, INTERINO, en el uso de sus atribuciones;

Considerando lo dispuesto en la Política Nacional de Atención Primaria definida mediante Resolución Ministerial n° 648/GM, del 28 de marzo de 2006, que establece la revisión de directrices y normas para la organización de la Atención Primaria, para el Programa de Salud de la Familia – PSF y el Programa Agentes Comunitarios de Salud - PACS;

Considerando lo dispuesto en la Resolución n° 650/GM, del 28 de marzo de 2006, que define valores de financiamiento del PAB fijo y variable; y

Considerando lo pactado en la Reunión de la Comisión Intergestores tripartita - CIT, del 30 de marzo de 2006, sobre la necesidad de alteración de criterios para la definición de modalidades de las ESF, dispuestos en la Política Nacional de Atención Primaria,

RESUELVE:

Art. 1º Art. 1º Alterar la Resolución n° 648/GM, del 28 de marzo de 2006, publicada en el Diario Oficial de la Unión n° 61, del 29 de marzo de 2006, Sección 1, página 71, criterios para que los Equipos de Salud de la Familia – ESF se encuadren en la Modalidad 1, dispuestos en el ítem 2.2 del Capítulo III de la Política Nacional de Atención Primaria, que pasan a entrar en vigor con la siguiente redacción:

“ “Equipo de Salud de la Familia _____

I - ESF Modalidad 1 son:

- Todas las ESF implantadas en municipios:

- a) con población de hasta 50 mil habitantes en los Estados de la Amazonía Legal, o
- b) con población de hasta 30 mil habitantes e Índice de Desarrollo Humano (IDH) igual o inferior a 0,7, en los demás Estados del País; o
- c) que ya justifican el recibimiento del aumento del 50% en el valor de los incentivos referentes al total de ESF y ESB que implanten; y

Las ESF implantadas en municipios no incluidos en lo establecido en el apartado I y asistan a la población de antiguas comunidades palenques y/o residente en asentamientos de como mínimo 70 (setenta) personas, respectado el número máximo de equipos por municipio, publicado en resolución específica.”(NR)

Art. 2º Alterar los Anexos III y IV de la Resolución nº 650/GM, del 28 de marzo de 2006, publicada en el Diario Oficial de la Unión nº 61, del 29 de marzo de 2006, Sección 1, página 76, que entran en vigor con la redacción constante de los Anexos I y II de esta Resolución, respectivamente.

Art. 3º Esta Resolución entra en vigor en la fecha de su publicación, con efectos financieros a contar a partir del mes de abril de 2006.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Resolución Ministerial nº 2.133/GM, del 11 de Septiembre de 2006

Define el valor mínimo de la parte fija del Piso de Atención Primaria – PAB, para efectos de cálculo del monto de recursos, que deben ser transferidos del Fondo Nacional de Salud a los municipios y al Distrito Federal, y divulga los valores anuales/mensuales de la parte fija del PAB, por municipio y Distrito Federal.

EL MINISTRO DE ESTADO DE SALUD, en el uso de sus atribuciones, y

Considerando la Resolución Ministerial nº 648/GM, del 28 de marzo de 2006, que aprueba la Política Nacional de la Atención Primaria y dispone como responsabilidad del Ministerio de Salud la garantía de recursos financieros para componer la financiación de la Atención Primaria;

Considerando la necesidad de actualización de los valores del Piso de la Atención Primaria con vistas a impulsar cambios en la organización de la Atención Primaria en el País; y

Considerando la responsabilidad conjunta de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios por la financiación del Sistema Único de Salud,

RESUELVE:

Art. 1º Fijar, en R\$ 15,00 (quince reales) por habitante al año, el valor mínimo de la parte fija del Piso de Atención Primaria - PAB, para efecto del cálculo del monto de recursos que deben ser transferidos del Fondo Nacional de Salud a los Municipios y al Distrito Federal.

Párrafo único. Se mantendrá el valor per capita de los municipios que reciben actualmente, un PAB superior a R\$ 15,00 (quince).

- Art. 2º Divulgar, como Anexo de esta Resolución, los valores anuales y mensuales de la parte fija del Piso de la Atención Primaria (PAB), por Municipio, con base en la estimativa de la población para estados y municipios, relativa al año de 2005, que consta de la Resolución nº 5, del 30 de agosto de 2005, de la Fundación Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y en la población asentada en los años 2000 a 2005, según información del Ministerio de Desarrollo Agrario.
- Art. 3º Definir que los recursos presupuestarios, de los que trata esta Resolución, corran a cuenta del presupuesto del Ministerio de Salud, debiendo abonar el Programa de Trabajo: 10.301.1214.8577 – Atención Asistencial Básica en los Municipios Brasileños.
- Art. 4º Esta Resolución entra en vigor en la fecha de su publicación, surtiendo efecto financiero a partir del mes de agosto de 2006.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA
DOU-175 SEC – 1 PG – 45/100 DEL 12.09.06

Resolución Ministerial nº 1.624/GM, del 10 de Julio de 2007

Regula, para el año 2007, la transferencia de los incentivos financieros referentes a la Compensación de Especificidades Regionales – CER, componente de la parte variable del Piso de la Atención Primaria.

EL MINISTRO DE ESTADO DE SALUD, en el uso de sus atribuciones y

Considerando la Política Nacional de Atención Primaria definida a través de la Resolución nº 648/GM, del 28 de marzo de 2006, que regula el desarrollo de las acciones de atención primaria en la salud, dentro del SUS;

Considerando la Resolución nº 204/GM, del 29 de enero de 2007, que regula la financiación y la transferencia de los recursos federales para las acciones y los servicios de salud, en la forma de bloques de financiación; y

Considerando la responsabilidad conjunta de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios por la financiación del Sistema Único de Salud,

RESUELVE:

- Art. 1º Reglamentar, para el año 2007, la transferencia de los incentivos financieros referentes a la Compensación de Especificidades Regionales – CER, componente de la parte variable del Piso de la Atención Primaria.
- Art. 2º Definir que el valor de los recursos federales, de que trata el artículo 1 de esta Resolución, corresponda a un porcentaje del valor mínimo del PAB Fijo, multiplicado por la población de cada Estado y del Distrito Federal.
- § 1 Los porcentajes de que trata el caput de este artículo serán definidos a partir de la estratificación de los valores del índice de

Desarrollo Humano – IDH, de cada unidad de la Federación, según descrito a continuación:

I – 9% para unidades de la Federación con valor de IDH hasta 0,7;

II – 7% para unidades de la Federación con valor de IDH mayor al 0,7 y hasta el 0,755; y

III – 5% para unidades de la Federación con valor de IDH mayor que el 0,755.

§ 2 La población considerada para el cálculo de incentivo del CER, será utilizada para el cálculo del PAB fijo, en la fecha de la publicación de esta Resolución Ministerial.

Art. 3º Publicar, en la forma de Anexo a esta Resolución, el valor máximo del incentivo del CER por Estado y para el Distrito Federal.

Art. 4º Definir que las Secretarías de Salud de los Estados y del Distrito Federal envíen al Departamento de Atención Primaria, de la Secretaría de Atención de la Salud del Ministerio de Salud, documentación en la que consten los criterios para la asignación de los recursos de que trata esta Resolución, el listado de los Municipios con los valores y el periodo de transferencia de los recursos, así como la memoria del cálculo, pactados en la respectiva Comisión de Intergestores Bipartita.

Art. 5º Definir que los recursos presupuestarios, de que trata esta Resolución, corran a cargo del presupuesto del Ministerio de la Salud, debiendo pagar el programa de Trabajo 10.301.1214.8577 – Atención Asistencial Básica en los Municipios Brasileños.

Art. 6º Esta Resolución entra en vigor en la fecha de su publicación, con efectos financieros a partir de la competencia financiera de junio de 2007.

JOSE GOMES TEMPORÃO

Anexo

UF	Estimativa Poblacional IBGE 2006	Incentivo/año	Incentivo/mes
DF	2.383.784	1.787.838,00	148.986,50
SC	5.958.266	4.468.699,50	372.391,63
SP	41.055.734	30.791.800,50	2.565.983,38
RS	10.963.219	8.222.414,25	685.201,19
RJ	15.561.720	11.671.290,00	972.607,50
PR	10.387.378	7.790.533,50	649.211,13
MS	2.297.981	1.723.485,75	143.623,81
GO	5.730.753	4.298.064,75	358.172,06
MG	19.479.356	14.609.517,00	1.217.459,75
MT	2.856.999	2.142.749,25	178.562,44
ES	3.464.285	2.598.213,75 2	16.517,81
AP	615.715	646.500,75	53.875,06
RR	403.344	423.511,20	35.292,60
RO	1.562.417	1.640.537,85	136.711,49
PA	7.110.46	57.465.988,25	622.165,69
AM	3.321.050	3.487.102,50	290.591,88
TO	1.332.441	1.399.063,05	11 6.588,59
PE	8.502.603	8.927.733,15	743.977,76
RN	3.043.760	3.195.948,00	266.329,00
CE	8.217.085	11.093.064,75	924.422,06
AC	676.628	913.447,80	76.120,65
BA	13.950.146	18.832.697,10	1.569.391,43
SE	2.000.738	2.700.996,30	225.083,03
PB	3.623.215	4.891.340,25	407.611,69
PI	3.036.290	4.098.991,50	341.582,63
AL	3.050.652	4.118.380,20	343.198,35
MA	6.184.538	8.349.126,30	695.760,53

Esta publicación se imprimió con la fuente Frutiger 45 y Frutiger 95.
La tapa y el interior fueron impresos en papel Reciclato, en julio de 2007.