

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
Bogotá Colombia.

SALUD PÚBLICA

GRUPO No 7 NOCTURNO

✓ GLORIA M. BELTRAN (771015)	BLANCA HERNANDEZ (771120)
AIDA FAJARDO (771123)	IVON GUTIERREZ (771125)
BEATRIZ NIETO (771234)	BLANCA CASTRO (771131)
FELIPE FAYA (771071)	OLGA MORENO (771241)

PRESENTADO A:
MIGUEL VELASQUEZ



INDICE

INTRODUCCION

I.

A. INFORME GENERAL SOBRE BOGOTA

- a.1 Area geografica
- a.2 Desarrollo urbanístico
- a.3 Desarrollo industrial

B. POBLACION

- b.1 Dinámica de la población

C. MORBI- MORTALIDAD EN BOGOTA

- c.1 Morbilidad de menores de un año Bogotá 1.978
- c.2 Primeras causas de mortalidad menores de un año Bogotá 1.977-1.978
- c.3 Morbilidad grupo de uno a cuatro años Bogotá 1.978
- c.4 Primeras causas de mortalidad grupo de uno a cuatro años Bogotá 1.977-1.978
- c.5 Morbilidad grupo de cinco a catorce años Bogotá 1.978
- c.6 Primeras causas de mortalidad grupo de cinco a catorce años Bogotá 1.977-1.978
- c.7 Morbilidad grupo de quince a cuarenta años Bogotá 1.978

- c.8 Primeras causas de mortalidad grupo de quince a cuarenta y cuatro años Bogotá 1.977-1.978
 - c.9 Morbilidad grupo de sesenta años y más Bogotá 1.978
 - c.10 Primeras causas de mortalidad de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años Bogotá 1.977-1.978
 - c.11 Primeras causas de mortalidad grupo de sesenta y cinco y más años Bogotá 1.977-1.978
- D. SERVICIOS
- d.1 Recolección de basuras
 - d.2 Acueducto y alcantarillado
- E. VIGILANCIA Y CONTROL
- F. SISTEMA DE COMUNICACIONES
- G. CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
- H. FINANCIERO
- I. INFORMACION
- J. SUMINISTROS
- K. REGIONALIZACION

- k.1 Atención médica
- k.2 Programa de urgencias

CONCLUSIONES

II.

A. INFORMACION GENERAL DE LA REGIONAL No 4 SANTA CLARA

a.1 Objetivo general

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA REGIONAL SANTA CLARA

b.1 Programas de la regional Santa Clara

b.2 Salud oral. Objetivos

b.3 Salud mental. Objetivos

b.4 Enfermedades trasmisibles. Objetivo general

b.5 Nutrición y educación. Objetivo

b.6 Atención materno-infantil. Objetivos

b.6.1 Objetivo general

b.6.2 Objetivos específicos

b.7 División administrativa. Objetivos

b.8 Grupo de organización y participación de la comunidad. Objetivo

b.9 Vacunación. Objetivo

C. IDENTIFICACION DE LA UNIDAD REGIONAL No 4 SANTA CLARA

c.1 Nombre

- c.2 Tipos de organismos
- c.3 Límites
- c.4 Fecha
- c.5 Niveles de atención
- c.6 Niveles de jerarquía
 - c.6.1 Dirección
 - c.6.2 Sistemati zación
 - c.6.3 Programación
 - c.6.4 Ejecución

① D. BASE LEGAL DE LAS INSTITUCIONES DE LA REGIONAL No 4

- d.1 Antecedentes y evolución del sistema seccional de saludde Bogotá
 - d.1.1 Fase de desarrollo espontaneo
- d.2 Integración y sistematización
- d.3 Bases constitucionales

E. POBLACION

② F. SERVICIOS

- f.1 Area de atención a las personas
- f.2 Area de atención al medio ambiente

G. DEPARTAMENTOS

- g.1 Patología
- g.2 Radiología

(G) Recursos
 Coordinación con otras entidades
 (H)
 g.3 Medicina física y rehabilitación

(I) H. PARTE ADMINISTRATIVA

CONCLUSIONES

III. INFORMACION GENERAL SOBRE EL CENTRO DE SALUD N° 62

A. IDENTIFICACION

B. UBICACION

C. AREA DE INFLUENCIA

D. POBLACION A 1.980

E. OBJETIVOS

- e.1 Objetivo general
- e,2 Objetivos específicos

F. SERVICIOS QUE PRESTA

- f.1 Atención primaria
- f.2 Consulta externa
- f.3 Urgencias médicas

G. RECURSOS

- g.1 Recursos humanos
g.2 Recuso físico
g.3 Recurso material
g.4 Recurso financiero

H. NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS

- h.1 Normas generales
h.2 Referente a la historia clínica
h.3 Admisión
 h.3.1 Función
h.4 Normas

I. DEMANDA

- i.1 Causas de mortalidad
i.2 Causas de morbilidad

J. RELACIONES INTRA Y EXTRASECTORIALES

- j.1 Relaciones intrasectoriales
j.2 Relaciones extrasectoriales

CONCLUSIONES

IV. ANALISIS DEL SERVICIO DE SALUD ORAL

A. IDENTIFICACION

B. UBICACION

C. RECURSOS

- c.1 Recurso humano
- c.2 Recurso físico
- c.3 Recurso material
- c.4 Recurso financiero

D. OBJETIVOS

- d.1 Objetivos generales
- d.2 Objetivos específicos

E. ATENCION ODONTOLOGICA

- e.1 Normas
- e.2 Educación sanitaria - cepillado
- e.3 Preparación
- e.4 Cepillado " auto-profilaxix "
- e.5 Cepillado auto-aplicación- enjuague
- e.6 Normas generales

F. SERVICIOS QUE PRESTA EL CENTRO DE SALUD

- f.1 Servicios

G. ANALISIS

CONCLUSIONES

V. ANALISIS DE LA PROGRAMACION.

TABLA AUXILIAR DE ANALISIS DE TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

A. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE INSTRUMENTOS

B. CONCENTRACION

C! RENDIMIENTO

D. CONTINUIDAD

E. COBERTURA

CONCLUSIONES DE LA PROGRAMACION

IMPLANTACION DE LA EJECUCION

INTRODUCCION

Se elaboró este trabajo con base en una investigación sobre los programas realizados por el sistema Nacional de salud en sus diferentes niveles, Seccional, Regional, local.

Por medio de la cual se pudo constatar su cumplimiento y aplicación teniendo en cuenta los recursos que posee cada nivel y la demanda de servicios de la población.

Se analizó por lo tanto la clase de atención que está recibiendo la comunidad, la organización y la ejecución de programas, cumpliendo con el objetivo de análisis e investigación.

El programa de salud oral a nivel local se elaboró en el centro de salud No 62 " La Fayette " mejorándose la concentración, distribución porcentual y rendimiento utilizando los recursos existentes.

I

A- INFORME GENERAL SOBRE BOGOTA

a.1- AREA GEOGRAFICA

Bogotá capital de Colombia; tiene una superficie de 2.630 metros, el 50% de su superficie es urbanizada.

El distrito especial de Bogotá consta de: Bogotá y municipios anexos; sus anexos son: Bosa, Fontibon, Engativa, Suba, Usaquen, y Usme.

Administrativamente está dividida en 18 alcaldías menores.

a.2- DESARROLLO URBANISTICO

Este abarca el 50% de la superficie de Bogotá, coge en gran parte el centro de la ciudad que en años anteriores correspondía a la población migrante que se ubicaba en sectores como la Perseverancia, la Candelaria, las Cruces y San Bernardo; Esto le ha traído grandes problemas a nivel socio-económico, ya que este aumento de población migrante crea grandes necesidades de vivienda, salud y servicios que son insuficientes para esta población, viendose obligados a vi-

vir en condiciones muy precarias y malsanas; además de que no se genera el empleo suficiente para ellos.

a. 3- DESARROLLO INDUSTRIAL

Bogotá es considerado el mayor complejo industrial, - especialmente en bebidas, comestibles y otras manufacturas. El incremento del sector comercial es el que mayor empleo genera.

B- POBLACION

b.1- DINAMICA DE LA POBLACION

Observando la población desde 1.951 se ha notado un - gran crecimiento en la población urbana, lo que se debe a: Disminución progresiva de la mortalidad en la población más joven, altas tasas de natalidad y migración debida a la vigencia.

En 1.964 se observa disminución en la natalidad, pero la migración permanece constante. Haciendo una proyección de la tasa de crecimiento para Bogotá en el año 2.000, se observa que con una tasa del 5% habrá una población de 9! 000.000 de habitantes y con una tasa del 6% habrá 10.000!000

de habitantes. Comparando esta población con la población actual se observa:

1.- Un notorio predominio de la población infantil - en 1.979, la cual decrecerá paulatinamente debido a: descenso de la natalidad; incremento de la migración a expensas - de la población adulta.

2.- Los menores de 5 años han dejado de ser la mayor población en 1.979, debido a cambios en la fecundidad en - los últimos años.

3.- Se observa marcado predominio a grupos de población económicamente activa.

4.- Hay un aumento en la población adulta (viejos).

En la actualidad la población activa según su ocupación se encuentra que el mayor porcentaje se haya en los trabajadores operarios industriales, que son el 33% , luego en orden descendente se ubican en: Trabajadores de servicios , personal administrativo, comerciantes y profesionales.

C- MORBI - MORTALIDAD EN BOGOTA

c.1- MORBILIDAD EN MENORES DE UN AÑO. BOGOTA 1.978

La mayor incidencia se presentó por enteritis y enfermedades diarreicas, en segundo lugar la influenza.

Podemos ver que la mayor incidencia la presentan en -

fermedades previsibles. Los factores que insiden en estos son: Por falta de diagnóstico y tratamiento oportuno, a veces se recibe atención oportuna pero el diagnóstico o el tratamiento son equívocos lo cual agravan la situación. El factor social, económico y geográfico inciden mucho sobre la población y con mayor gravedad en las gentes de una esfera social baja porque son los que menos recursos tienen para poder adquirir los servicios de salud aunque su precio sea mínimo; pero el poder adquisitivo es bajo y no alcanzan a cubrir necesidades mínimas de nutrición, vestido, vivienda, educación, salud, etc.

El factor geográfico influye mucho porque la mayoría tienen sus viviendas retiradas de los hospitales y aunque lleguen a éstos algunas veces reciben atención y otras no ya sea porque la persona no tiene recursos monetarios para cubrir los gastos o porque la institución no tiene los ~~ins-~~ ~~recursos;~~ ni el espacio hospitalario para dar la cobertura a la población que acude a solicitar su servicio por este motivo no pueden prestar los servicios eficientes y necesarios a la población; Las políticas económicas y administrativas no están de acuerdo con las grandes necesidades que tiene que cubrir un hospital.

c.2- PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MENORES DE UN AÑO
BOGOTA 1.977-1.978

La mayor insidencia se presenta por neumonia y como segunda causa lesiones al nacer y afecciones anóxicas e hipóxicas. Los factores que insiden sobre estas causas son: En el factor socio-económico viendose más afectados los de baja esfera social pues el acinamiento en que viven propicia un ambiente favorable para contraer enfermedades respiratorias ya que la vivienda es un cuarto común para todos careciendo de espacio, ventilación, abrigo e higiene formando un círculo vicioso de tales enfermedades que comienzan por un catarro común hasta desencadenar en neumonia letal .

Otros factores que inciden es el cuidado materno-infantil precario, la educación y la cultura de éstas gentes es muy baja; el factor nutricional es deficiente tanto en cantidad como en calidad disminuyendo así la resistencia del individuo haciéndolo más subseptible a contaer todo tipo de enfermedad.

c.3- MORBILIDAD GRUPO DE UNO A CUATRO AÑOS BOGOTA 1.978

La mayor incidencia la presentan infecciones respiratorias agudas y en segundo lugar enteritis y otras enfermedades diarreicas.

Otro de los factores que inciden es el factor climático que por sus variaciones afectan las vías respiratorias.

Los otros factores ya han sido mencionados anteriormente.

c.4- PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO DE UNO A CUATRO AÑOS BOGOTA 1.977-1.978

La mayor incidencia la presenta la neumonia y en segundo lugar enteritis y enfermedades diarreicas. El mismo análisis del cuadro No 2 se puede aplicar a éste cuadro.

c.5- MORBILIDAD GRUPO DE CINCO A CATORCE AÑOS BOGOTA 1.978

La mayor incidencia la presentan enfermedades de los dientes y estructuras de sostén y en segundo lugar la hemorragias.

Los factores que inciden son: El socio-económico porque influye más en las gentes de bajos recursos económicos y culturales por lo tanto esta gente carece de conocimientos mínimos de cuidado y conservación de las estructuras dentarias, descuidando totalmente la importancia que se le debe dar a la cavidad oral para evitar la proliferación de la placa bacteriana, la formación de cálculos, la inflamación de las encías, la formación de bolsas periodontales, la movilidad dentaria y la pérdida de los dientes.

Otro factor muy importante relacionado con el anterior

es el aspecto nutricional que incide en el individuo desde la gestación de la madre o periodo intrauterino hasta el nacimiento de la criatura y el crecimiento y desarrollo de este individuo extrauterinamente. Observamos como las deficiencias de vitaminas afectan los diferentes tejidos del organismo y especialmente los tejidos dentales produciendo hipoplasias, ensanchamiento del ligamento periodontal, inflamación de la encía, osteoporosis, glositis, Queilitis, etc.

Otra causa son las alteraciones sistémicas que alteran el buen funcionamiento del organismo entre ellas tenemos los cambios hormonales que se producen en la niñez, pubertad, el embarazo y en la vejez. Tenemos que la leucemia la epilepsia, diabetes, la gona, etc. , producen alteraciones en los tejidos de sosten de los dientes.

El factor económico limita en un gran porcentaje el fácil acceso a los servicios de odontología especialmente cuando requieren un tratamiento de mayor índole.

Otro factor muy importante y de mucha incidencia sobre las enfermedades de los dientes y tejidos de sosten es el factor iatrogénico porque no se le dá al paciente una atención integral; y porque en muchos casos el profesional no trabaja a conciencia dando al paciente una atención honrada en todo sentido.

c.6- PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO DE CINCO A CATORCE AÑOS BOGOTA 1.977-1.978

La mayor incidencia la presentan los accidentes vehículos de motor y en segundo lugar otros accidentes.

Básicamente se debe a el factor socio-económico y cultural ; teniendo en cuenta que la mayor parte de los conductores no respetan las normas de tránsito cometiendose imprudencias de todo tipo .

Los conductores que pertenecen al gremio del servicio público son los responsables de las altas tasas de mortalidad , teniendo en cuenta que su poca educación y su bajo ingreso monetario los obliga prácticamente a vivir en una continua guerra del centavo que los convierte en unos criminales en potencia.

c.7- MORBILIDAD GRUPO DE QUINCE A CUARENTA Y CUATRO AÑOS BOGOTA 1.978

La mayor incidencia la presentan las enfermedades genitourinario y en segundo orden estados mal definidos.

Esto se debe principalmente a enfermedades renales - descuidadas por mal diagnóstico y tratamiento o por descuido total de la persona, influyendo tambien factores socio-

económico, cultural, etc.

c.8- PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO DE QUINCE A CUARENTA Y CUATRO AÑOS BOGOTA 1.977- 1.978

La mayor incidencia la presentaron otras causas externas de la lesión y en segundo orden accidentes vehiculos de motor.

Se debe a factores socio-económicos, culturales, la migración, el desempleo, la inseguridad social, bandalismo , etc.

c.9- MORBILIDAD GRUPO DE SESENTA AÑOS Y MAS BOGOTA 1.978

La mayor incidencia la presenta la enfermedad hipertensiva y en segundo orden estados mal definidos.

c.10- PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DE CUARENTA Y CINCO A SESENTA Y CUATRO AÑOS BOGOTA 1.977-1.978

Que las causas de la morbi mortalidad se deben a factores fisiológicos, climáticos, nutricionales, factores desconocidos, etc.

c.11- PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO DE SESENTA Y CINCO Y MAS AÑOS BOGOTA 1.977-1.978

La mayor incidencia la presentan enfermedades isquémicas del corazón y en segundo orden tumores malignos.

La misma explicación anterior se puede aplicar a éste mismo cuadro.

D- SERVICIOS

d.1- RECOLECCION DE BASURAS

Este servicio está organizado en tres sectores: Al municipio, a la industria y residencial.

El total de basuras producido en bogotá es de 3.500 - toneladas diarias, y la recolección total diaria es de 2.250 toneladas; dejándose de recoger 1.250 toneladas.

Posiblemente por equipos insuficientes y en deterioro, no se hacen innovaciones en este campo de trabajo, además el presupuesto está estable desde 1.972 ; el treinta por ciento de éstas basuras no se recogen y éstas no son procesadas.

Otro problema es que no se hace un adecuado uso del aumento de las tarifas cobradas a los usuarios para el mejo-

ramiento de este servicio.

d.2- ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

Teniendo en cuenta que solo un 30% de los barrios gozan de éste servicio y que un 70% se encuentran fuera del perímetro sanitario careciendo totalmente de éste servicio fundamental para poder vivir en condiciones optimas de salud.

E- VIGILANCIA Y CONTROL

Se apoya en fondo rotatorio de estupefacientes; para el registro y control de medicamentos. Las acciones para lograr estos propósitos son:

1.- Revisión de inscripción de registro de profesionales y técnicos de la ciencia de salud mediante la vigilancia determinada para un mayor control.

2. Control de funerarias para ejercer una adecuada vigilancia y evitar hechos delictivos.

3.- Revisar y formalizar el funcionamiento del fondo rotatorio de estupefacientes.

4.- Control de droguerías , se hace para que presten el servicio las veinticuatro horas.

5.- Control efectuado con ayuda del Das y el F-2.

F- SISTEMA DE COMUNICACIONES

El sistema de atención , requiere de un sistema de comunicación ágil, oportuna y veraz entre las diferentes entidades.

Para lograr esto se está adquiriendo una red que cubra las cinco unidades regionales con posibilidad inmediata de ampliarla que permita la comunicación con la Cruz roja, de-fensa civil, DATT, y policia distrital. Las sedes de las -unidades regionales tienen equipos para comunicarse con el hospital regional del cual depende.

G- CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO

En el distrito Especial se adelantan obras de remode-lación en los diferentes centros de salud.

H- FINANCIERO

La estructura de ingresos no guarda una relación que garantice una adecuada prestación de servicios de salud, un apoyo para la programación es el sistema de costos que el ministerio ha establecido. Se diseñan sistemas que mejoran otras variables a partir de dos registros contables se concentran los costos por actividad y algunos de los específicos por servicios, esto debido al contrato de los hospitales con el seguro social.

El presupuesto de análisis financiero se estableció para dar consistencia a cada uno de los rubros del presupuesto determinando así prioridades de los programas de inversión.

El sistema presupuestal se evalúa con la presentación de su ejecución en los cinco primeros días del mes siguiente, de tal manera que las medidas correctivas pueden ser tomadas del desarrollo de las mismas actividades de los programas.

La evaluación, es manejada por contabilidad por medio del balance contable y su análisis se hace semestralmente con reunión entre administración y auditoría.

Regula la obtención y procesamiento de las necesidades y demanda de la población en materia de salud. Su desarrollo se ha enfocado especialmente a las áreas de atención médica, por medio del manejo de registros médicos, historias clínicas, y estadísticas vitales.

El módulo de información del servicio de salud de Bogotá tiene varios pasos que son:

- 1.- Identificación de acciones que son registradas y requieren de análisis.
- 2.- Desarrollo de procedimientos en cada una de las diferentes actividades técnicas de servicio y administración.
- 3.- Estudio e identificación de cómo se registran las acciones.
- 4.- Definición de variables y su relación en la toma de decisiones .
- 5.- Prueba de las diferentes etapas e implantación de servicios.

J- SUMINISTROS

Son el 30% del presupuesto. Se busca el desarrollo de un sistema que provea a las diferentes dependencias y entidades, de los insumos necesarios en cantidad y calidad, -

oportunamente con un criterio de eficiencia y economía.

Para lograr todo esto se publica el catálogo de suministros, sobre el cual se lleva un registro de consumo. Este catálogo de normalización, permite que a los pedidos se les dé una orden de compra y entrega por parte del almacén.

K- REGIONALIZACION

Mediante la regionalización del servicio de salud se cumple uno de sus propósitos fundamentales como es el de dar atención oportuna y eficaz, bien sea en el sitio de trabajo o en el de vivienda.

ACTUALm ente existen cinco unidades regionales ;

Unidad regional No 1 San Ignacio.

Unidad regional No 2 La Samaritana

Unidad regional No 3 San Juan de Dios

Unidad regional No 4 Santa Clara

Unidad regional No 5 San José.

Estas unidades regionales se constituyeron bajo los siguientes criterios ;

1.- Población del área.

- 2.- Niveles de atención médica.
- 3.- Autosuficiencia de la zona geográficamente delimitada.
- 4.- Integración de servicios e instituciones.
- 5.- Previsión de la delegación tecnico-administrativo.

Se ha propuesto la creación de una nueva regional llamada la del norte para zonificar un poco más y llevar un mejor servicio pero aún no está definida.

Para que la regional sea efectiva se hace la calificación de los recursos existentes y así se obtendrá una buena distribución del trabajo.

La unidad regional debe entenderse a dos niveles:

- 1.- Frente al sistema nacional de salud.
- 2.- Relaciones internas del sistema regional.

El sistema de referencia de pacientes contiene:

- 1.- Apertura de historia clínica.
- 2.- Hoja de remisión de pacientes.
- 3.- Historia de urgencias.

k.1- ATENCION MEDICA

Tienen cuatro acciones:

- 1.- Materno infantil
- 2.- Salud oral
- 3.- Salud mental
- 4.- Programa médico especialistas.

El problema más serio que afronta Bogotá es la carencia de servicios completos, eficientes y accesibles para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas, hay mucha demanda pero pocos servicios.

k.2- PROGRAMA DE URGENCIAS

Es la atención que se presta al enfermo que ha sufrido en forma aguda una alteración de su integridad física y dental por una enfermedad que requiere atención inmediata.

Este programa se hará con los principios de regionalización para poder atender la demanda. Es necesario clasificar las urgencias en:

- 1.- Inmediata
- 2.- Diferida
- 3.- No urgente (85%)

El paciente de urgencia inmediata puede ser clasificado como:

- 1.- Traumatizado con lesiones leves y moderadas.

2.- Quirúrgicos , el paciente llega a las oficinas de información y trabajo social, donde se inscribirá y se le hace clasificación socio-económica, pagará según la lesión y lo remitirá a consultorio médico de urgencia de turno o a consulta externa. También se puede dejar 24 horas en observación para definir el diagnóstico.

Las urgencias médicas deben ser remitidas :

a.- Centro de salud o al hospital local cuando se trata de amigdalitis, alteraciones respiratorias y renales.

b.- Al hospital universitario, como son lesiones graves o severas tales como: insuficiencia cardiaca descompensada, coma diabético, etc.

El paciente se clasifica en diversos grupos:

a.- Con superficie quemada hasta el 15% - Curación

b.- Con superficie quemada más del 15% - hospitalización

c.- Con traumatismo craneano.

d.- pacientes gineco-obstétricos: bajo riesgo - control prenatal en centros de salud y hospitales .

En medianos riesgos: hospital regional y local y

En Alto riesgo : en hospital universitario.

CONCLUSIONES DEL ANALISIS DE BOGOTA

1.- La población de Bogotá es muy alta, en relación con los recursos disponibles para la prestación del servicio.

2.- El servicio de salud está concentrado hacia las zonas centro y sur de Bogotá, quedando desprotegida la zona norte, situación que se presentó porque en años anteriores la población inmigrante se localizaba en éstas zonas.

3.- La morbi-mortalidad en menores de un año, se presenta más que todo en enfermedades previsibles, como consecuencia en gran parte de las condiciones precarias en que viven y de la falta de recursos en el servicio.

La morbi-mortalidad en niños de 1 a 4 años: infecciones respiratorias agudas en las que influyen los factores climáticos, falta de atención y el factor socio-económico.

La morbilidad en 5 a 14 años en enfermedades de los dientes y tejidos de sostén y la mortalidad se presenta más que todo por accidentes de automotores.

La morbilidad de 15 a 44 años en enfermedades de los

aparatos genito-urinario y la mortalidad por causas externas de lesión.

La morbilidad en 60 y más es por la hipertensión y la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón.

La morbilidad a nivel hospitalario son los partos y abortos.

4.- Toda la morbi-mortalidad está influenciada por los siguientes factores: a) Hay déficit de vivienda, lo que da malas condiciones de vida, asinamiento, que conlleva a una falta de higiene, lo que crea un aumento en las necesidades de servicios.

b) Hay mucha población marginada que por su situación económica y geográfica tienen poco acceso a los servicios.

c) En Bogotá hay déficit de escuelas lo que da un bajo nivel cultural que los conlleva a una deficiencia en la educación para la salud.

d) Para el gran porcentaje de población no se han creado suficientes fuentes de empleo, lo que da una subutilización, bajos ingresos monetarios lo que influye no solo física sino psicológicamente; aumentándose el índice de vandalismo y de problemas mentales.

e) La falta de agua potable, alcantarías

llado y recolección de basuras influyen en la producción de las enfermedades infectocontagiosas.

f) A nivel de las instituciones se encuentra una falta de recursos humanos, material y físico que contribuyen a la falta de un diagnóstico oportuno y bueno . Lo que lleva a una mala calidad de servicios.

5.- El desarrollo de vivienda trae problemas para la prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado - por lo que la comunidad durante un tiempo se mantiene carente de servicios elementales.

Hay muy pocos barrios localizados dentro del perímetro sanitario, dejando a la mayoría sin servicios.

6.- La recolección de basuras es un problema que afecta en un alto grado la salud de la comunidad.

a) En la EDIS no existe infraestructura ni técnica, ni de personal ni colectiva que garantice este equipo de trabajo

b) Además no utiliza los medios de comunicación social para lograr la correcta participación del usuario , en sistema de recolección y almacenamiento domiciliario.

c) Bogotá produce diariamente 3.500 toneladas de basura, de la cual el 30% no se recoge .

d) El presupuesto es insuficiente, ya que ha estado -

estático desde 1.972 lo que produce una insuficiencia de equipo y personal.

e) Las proyecciones para 1.985 muestran que la brecha entre los ingresos y gastos aumentan si las condiciones actuales se mantienen, lo que da un futuro inmediato incierto y podemos decir que la recolección de basuras tiende a desaparecer. Por lo cual las políticas del gobierno distrital - con respecto a la empresa deben cambiar.

f) Sería importante hacer un estudio para el aprovechamiento de las basuras.

Este es uno de los factores que más influyen en el medio ambiente y es el primero a solucionar en las causas de las enfermedades.

7.- A nivel hospitalario , encontramos un déficit de recursos humanos, materiales y físicos como; Bajo número de camas disponibles, falta de personal especializado lo que dificulta una buena atención a las personas.

8.- Se observa que en Bogotá en sus diferentes regionales ; no hay un plan definido en urgencias. Hay déficit en programas de construcción, o sea planta física.

Se está buscando una dotación de acuerdo a los diferentes niveles de prestación del servicio. Para lo cual se

requiere una mayor información sobre la prestación de éste servicio y la remisión de pacientes a los diferentes niveles

Es muy importante el desarrollo del departamento de urgencias debido a que en él es donde más se puede lograr la capacitación de pacientes.

9.- Un gran problema de Bogotá es la carencia de servicios completos, eficientes y accesibles para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas. Hay mucha demanda, pocos recursos humanos que los atiendan y lo hacen mal.

10.- En cuanto a la parte administrativa, se tienen buenos propósitos y programas pero debido a la falta de presupuesto y a la burocracia no se han desarrollado. También influye la falta de coordinación entre los diferentes programas de las áreas de atención a las personas y al medio ambiente.

11.- Falta el desarrollo de las comunicaciones y del transporte a nivel de las diferentes regionales entre ellas y con su área respectiva de influencia.

II

A- INFORMACION GENERAL DE LA REGIONAL No 4 SANTA CLARA

a.1- OBJETIVO GENERAL

Inte rar a través de las unidades regionales de salud la prestación de servicios en las áres de atención a las per_usonas ; al medio y de infraestructura interna, mediante el diseño, coordinación y evaluación de programas específicos que están en concordancia con la política nacional del secto_r salud y dentro de los planes seccionales para responder e-
fectivamente a las necesidades de cada región.

B- OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA REGIONAL SANTA CLARA

b.1- PROGRAMAS DE LA REGIONAL SANTA CLARA

Salud oral

Atención médica

Atención materno infantil

Atención en salud mental

Vigilancia y control epidemiológico: enfermedades

transmisibles

Nutrición y educación

División administrativa

Grupo de organización y participación de la comunidad

Vacunación

b.2- SALUD ORAL. OBJETIVOS

1. Resolver las necesidades de dotación para una mejor prestación de servicios
2. Resolver las necesidades de dotación de las unidades operativas
3. Racionalizar la dotación de los centros de salud
4. Implantar niveles de atención en salud oral, para prestar una atención integral a la población que demande el servicio
5. Ofrecer un servicio permanente de atención
6. Dar cumplimiento a las políticas del ministerio de salud
7. Adecuar los recursos humanos a las necesidades y mejorar la calidad de la atención que conllevan a un mejor nivel de salud a la comunidad que cubre el servicio de salud de Bogotá
8. Aprovechar los recursos extrasectoriales de salud oral que permitan mejorar la calidad de atención, continuidad de los programas y ampliación de cobertura

9. Alcanzar un desarrollo optimo de las actividades programadas para la atención en caries, mediante la standarización de procedimientos que permitan una atención simplificada y de buena calidad.
10. Unificar criterios para la organización de servicios y proporcionar un instrumento de consultas sobre procedimientos y responsabilidades.
11. Identificar los element s del sistema de salud para la prestación de servicios
12. Racionalizar la oferta y demanda de servicios de salud oral en base a las conclusiones de la atención anterior
13. Analizar el desarrollo del programa y hacer los - ajustes necesarios de acuerdo a los resultados obtenidos.

b.3- SALUD MENTAL. OBJETIVOS

Crear un sistema que permita incfementar el programa de salud mental del servicio de salud de Bogotá, a partir de las pautas señaladas por la división de atención médica con respecto a éste.

b.4- ENFERMEDADES TRASMISIBLES. OBJETIVO GENERAL

Implementar un programa de enfermedades trasmisibles a partir del diseño del sistema de prevención, atención ,

tratamiento, control, supervisión y asesoría a nivel local , regional, seccional para el año de 1.979 en Bogotá, D.E.

b.4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Actualización de las normas que sean implantadas para aumentar el cubrimiento en cuanto a promoción, prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles
2. Asesoramiento a las unidades regionales en la supervisión, control y tratamiento
3. Elaboración y ejecución de programas de prevención para enfermedades transmisibles
4. Elaboración de programas de tratamiento y seguimiento en enfermedades transmisibles crónicas (TBC lepra, sífilis).

b.5- NUTRICION Y EDUCACION. OBJETIVO

Realizar un seguimiento y control de las actividades referentes al desarrollo de los programas con fin de analizar cada uno de ellos y hacer las correcciones necesarias para su adecuada realización.

b.6- ATENCION MATERNO INFANTIL. OBJETIVOS

b.6.1- OBJETIVO GENERAL

Fomentar programas de materno infantil con el fin

de reducir la morbilidad y mortalidad de ésta población vulnerable, a través de acciones de fomento protección y recuperación de salud.

b.6.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar un sistema de prestación de servicios en el área materno-infantil, según el nivel de complejidad partiendo de atención primaria en salud con acciones de promoción y protección hasta un nivel de atención terciario ofreciendo un máximo de complejidad
2. Elaborar un plan de capacitación que permita al equipo multidisciplinario asumir las funciones propias de su profesión, delegar y supervisar acciones de menor complejidad
3. Con el fin de integrar los servicios seccionales para la población materno infantil se establecerá un modelo de dotación según niveles de atención
4. Se realizará las funciones de evaluación y supervisión de la prestación de servicio basado en parámetros establecidos
5. Se incrementará la labor de información y educación a la comunidad con el fin de obtener la capacitación en el desarrollo de programas de salud materno infantil
6. Se hará una evaluación del programa realizado con

el fin de elaborar la programación de 1.980 en base a los ajustes necesarios.

b.7- DIVISION ADMINISTRATIVA. OBJETIVOS

1. Suplir todos los requerimientos de información a nivel regional y seccional, incluyendo selección de equipo, análisis del sistema, programación y operaciones necesarias.
2. Organización y supervisión de todos los departamentos de la regional y todas las áreas anexas y dependientes a ésta.

b.8- GRUPO DE ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD. OBJETIVO.

1. Organizar la comunidad para que ésta participe activamente en los programas de salud.
2. Estudiar necesidades básicas a nivel de atención médica, odontología, saneamiento ambiental; para elaborar y ejecutar programas de salud.

b.9- VACUNACION. OBJETIVO

1. Prevenir el riesgo de enfermedades mediante las vacunas a los niños recién nacidos (se lleva a cabo en la clínica y centros de salud anexas a la regional No 4; dos veces por semana hacen visitas y a-

plican BCG, polio, sarampion, T.D., viruela). Tam -
bien se aplican a escolares.

C- IDENTIFICACION DE LA UNIDAD REGIONAL No 4 SANTA
CLARA

c.1- NOMBRE.

Unidad regional No 4 Santa Clara.

c.2- TIPOS DE ORGANISMOS

1. Hospital sede de la regional. Hospital regional U-
niversitario Santa Clara.
2. Hospital local: Hospital local comunitario de Bosa
3. Centros de salud
4. Centro de salud No 1 Olaya
5. Centro de salud No 12 Bravo Paez
6. Centro de salud No 26 Alcalá Muzú
7. Centro de salud No 44 Venecia
8. Centro de salud No 47 Ismael Perdomo
9. Centro de salud No 62 Lafayette
10. Puestos de salud
11. Puestos de salud No 63 Alqueria- La Fragua
12. Puesto de salud No 64 Pablo VI - Bosa.

c.3- LIMITES

Toma la avenida sexta y la avenida caracas por el costado occidental; de la avenida trece hasta la veintisiete - sur, bajando por ésta hasta la avenida diez y nueve sur.

De la carrera veinticuatro hasta la calle cuarenta y siete sur con la carrera veinticinco, sigue al norte hasta la calle cuarenta y ocho sur y carrera treinta y uno hasta la autopista sur; llegando hasta los límites de Soacha, siguiendo al río Tunjuelito, coge el área sur-occidente; toma un total de 55 barrios.

c.4- FECHA

El hospital Santa Clara se organiza de forma filantrópica por Doña Lorencita Villegas de Santos en el año de 1942 Fue decretado como regional por el servicio seccional de Bogotá en el año de 1.962 mediante un acuerdo refrendado por el consejo, publicándolo el servicio seccional de salud.

c.5- NIVELES DE ATENCION

1. Hospital sede regional: Nivel universitario
2. Hospital local: Nivel local
3. Centros y puestos de salud: Nivel rural

c.6- NIVELES DE JERARQUIA

c.6.1 DIRECCION

- Jefe Regional: Depende jerarquicamente de la jefatura del servicio seccional de Bogotá
- Coordinador Técnico: Depende jerarquicamente del jefe de la unidad regional No 4.

c.6.2 SISTEMATIZACION

- Jefe de la sección de atención médica
- Jefe de la sección de atención al medio
- Jefe de la sección de administración

En común para todas las secciones dependen jerarquicamente del coordinador técnico.

c.6.3 PROGRAMACION

- Hospitalización
- Ambulatorios
- Complementarios
- Ingeniería sanitaria
- Administración interna.

La dependencia jerarquica para los servicios de hospitalización ambulatorios y complementarios es la sección de atención médica: subdirección del hospital sede.

El servicio de ingeniería sanitaria depende jerarquicamente de la sección de atención al medio y el servicio de administración interna de la sección de administración.

c.6.4 EJECUCION

- Cuidados máximos
- Cuidados intermedios
- Cuidados mínimos
- Neumología

Todos dependen jerarquicamente del servicio de hospitalización.

- Consulta externa

Depende jerarquicamente del servicio de ambulatorios

- Enfermería

Nutrición

Dietética

Diagnóstico

Tratamiento

Dependen jerarquicamente de servicios complementarios

③ D- BASE LEGAL DE LAS INSTITUCIONES DE LA REGIONAL No 4

El acuerdo 14 de 1.972 rige el servicio seccional -

de Bogotá.

0.1- ANTECEDENTES Y EVOLUCION DEL SISTEMA SECCIONAL DE SALUD DE BOGOTA

d.1.1 FASE DE DESARROLLO ESPONTANEO

1. Actividad dispersa e incoordinada no compatible con el concepto moderno de servicio público.
2. Insatisfacción o satisfacción deficientes de las necesidades de salud de Bogotá. Surgían organismos privados que dificultan la planificación del servicio de salud.
3. Régimen jurídico fragmentario: esto impedía al estado la coordinación de los diferentes organismos que prestan servicios de salud.
4. Multiplicación de gestores: ambigüedad o dualidad de los regimenes por lo que no se asegura el cumplimiento de los deberes sociales del estado y particulares.

d.2- INTEGRACION Y SISTEMATIZACION

El punto de partida fue la legislación docente del 17 de mayo de 1.963 por el cual se elaboró el plan hospitalario nacional para la organización y criterio unificado en materia de salud pública.

El decreto 396 del 3 de diciembre de 1.965 por el cual se logró la integración de los servicios de salud y la asistencia pública del país. Los conceptos fundamentales desarrollados por el decreto 3196 de 1.965 fueron:

1. Integración: Mediante contratos entre el representante legal del gobierno y los diferentes organismos de salud.
2. Planificación
3. Programación
4. Organización
5. Proyección
6. Coordinación

El decreto 3196 de 1.965 fué declarado inacequible y por lo tanto se expidió el decreto 1499 del 14 de junio de 1.966 ,reglamentario de la ley 12 de 1.963 para el desarrollo del plan hospitalario nacional en él se estructuraron los servicios seccionales de salud - prorrogando así la vida jurídica de los contratos de integración de los servicios de salud firmados por algunos departamentos, intendencias y comisarías. Posteriormente se expidió el decreto 2470 del 25 de septiembre de 1.968 en el cual se define el sistema nacional de salud estableciendo niveles y reorganización del ministerio de salud.

d.3- BASES CONSTITUCIONALES

1. Las autoridades están instituidas para defender a - las personas en su vida, honra y bienes.
2. La asistencia pública es función del estado
3. Si una ley va contra el derecho de los particulares el interés privado debe seder al interés público - social.
4. El estado puede intervenir en servicios públicos - para racionalizar o planificar
5. El gobierno puede y debe fiscalizar la inversión de donaciones para fines de utilidad social
6. Ordenar revisión y fiscalización de tarifas y reglamentos de los servicios públicos
7. Facultad del presidente para inspeccionar y vigilar las instituciones de utilidad común.

E- POBLACION

Total de población asignada: 48.818.84

Total de población a atender: 520.841.16

e.1- ESTRATOS SOCIALES

Bajo

Medio bajo

Medio.

El 30% de la población de la regional es marginada , cobijada por los centros de salud de: Bosa, Ismael Perdomo y Alqueria.

F- SERVICIOS

f.1- AREA DE ATENCION A LAS PERSONAS

1. Hospitalización

- Repartición de camas. 50 en: Neumología
Cardiologia
Urologia
Oftalmologia
Sinecbstericia (casos normales)

El 77% de las hospitalizaciones son en mayores de 15 años y el 23% de las hospitalizaciones son en menores de 15 años.

- Recursos humanos: 25 especialistas
 - 5 médicos generales
 - 1 odontólogo rural
 - 6 bacteriólogos

- 2 trabajadores sociales
- 2 terapistas ocupacionales
- 7 enfermeras jefes
- 77 enfermeras auxiliares
- 8 ayudantes
- 1 nutricionista dietética

2. Consulta externa

- Presta los siguientes servicios: Numologia
Tisiologia
Medicina Gral.
Medicina interna
Pediatria
Urologia
Ginecologia
Psiquiatria
Cardiologia
Otorrinolaringo-
logia.

- Recursos humanos: 1 medio jefe
- 5 especialistas
- 6 auxiliares de enfermeria
- 1 enfermera jefe
- 3 secretarias
- 2 revisoras

f.2- AREA DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE

1. Programa de control de Zoonocis
2. Programa de control de viviendas
3. Programa de control de alimentos.

G- DEPARTAMENTOS

g.1- PATOLOGIA

Tenemos: 3 especialistas
1 Laboratorista
1 auxiliar
1 citotecnologa

g.2- RADIOLOGIA

Tenemos: 1 jefe especialista
2 técnicos de rayos X
3 auxiliares de rayos X

g.3- MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

tenemos: 1 terapeuta físico
1 laboratorista
2 instrumentadoras

1 auxiliar de rehabilitación

H- PARTE ADMINISTRATIVA

Posee dos jefes.

1. departamento de finanzas: 6 personas
2. departamentos de suministros : 8 personas
3. Farmacia: 5 personas
4. servicios generales
5. mantenimiento: 15 personas

NOTA: La regional No 4 se encuentra incorporada a la secretaría de salud y al servicio de salud que es representante directo del ministerio

Parte del personal es nombrado por la secretaría por medio del alcalde por un decreto, les pagan quincenalmente La otra parte es nombrada por el servicio por medio del secretario representante del ministro por resolución. Les pagan mensualmente.

CONCLUSIONES DEL ANALISIS DE LA REGIONAL No4 SANTA
CLARA

El hospital Santa Clara se fundó como hospital especializado en 1.942; se decretó como regional por un acuerdo en 1.972 y se organizó como tal en 1.978.

1. Muchos de sus objetivos propuestos hasta el momento no son alcanzables, debido a la falta de recursos.

2. La población total para el servicio de la regional es muy alta para los recursos existentes.

3. Falta establecer en forma más específica los niveles de complejidad de la atención, lo que lleva a una insatisfacción de la demanda.

4. Para lograr en forma más efectiva los objetivos se hace necesaria la creación de los departamentos de urgencias, maternidad y salud oral, dentro de los cuales se atiende un gran porcentaje de población muy vulnerable.

5. el 30% de la población a atender en esta regional es de escasos recursos.

6. La regional atiende el 10% del total de su población. Atiende en un porcentaje menor a la población económicamente activa que es la de 15 a 44 años.

7. Situación de saneamiento ambiental precaria. Hay mal servicio de acueducto y alcantarillado y recolección de basuras. Si se logra la mejora en este aspecto permitiría un aumento en la prevención a la salud en cuanto a higiene y enfermedades infectocontagiosas.

8. En esta zona hay algunos sectores marginados con difícil acceso a los centros.

9. La atención a las personas es deficiente, pero mucho más es la atención que se le presta al medio, por lo cual no se da un servicio en forma integrada. Siendo un limitante para cumplir el principal objetivo en la regional.

10. Al igual que en todo Bogotá hay déficit de aulas para la educación lo que produce un bajo nivel cultural, además de falta de educación, en salud.

11. Para la integración docente asistencial recibe colaboración de las universidades: Rosario, Javeriana, y Colegio Odontológico Colombiano, además del Sena y Cruz Roja. Con el fin de mejorar la atención a la comunidad.

12. La programación de necesidades y la dotación de suministros necesarios se deben enfocar a las zonas de mayor riesgo.

13. Falta una mayor organización en la parte administrativa de la regional, definiéndose en forma más específica las funciones.

14. Se debe tratar de incrementar el recurso humano - con ayuda de la comunidad. Mediante programas de capacitación e incentivos monetarios.

15. Se debe tratar de concientizar a la población para que con ayuda se debe solucionar en forma más efectiva los problemas en la regional.

III

INFORMACION GENERAL SOBRE EL CENTRO DE SALUD No 62

A- IDENTIFICACION

Centro de salud No 62 "La Fayette" de la regional IV Santa Clara del servicio de salud de Bogotá.

B- UBICACION

Se encuentra localizado en la calle 1B No 19A-19

C- AREA DE INFLUENCIA

Cubre básicamente el barrio Eduardo Santos, aunque - también se dá atención a población de barrios aledaños .

D- POBLACION A 1.980

Población asignada de: 5-14 años 4644 habitantes

15-44 años	556 habitantes
obstétricas	
Otros	1305 habitantes
	<hr/>
Total	6505 habitantes

E- OBJETIVOS

e.1- OBJETIVO GENERAL

Prestar atención general a la comunidad de cualquier grupo y situación social.

e.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Prestar servicios de salud según los recursos
2. Prestar protección específica
3. Fomentar conocimientos sobre el sistema
4. Dar a conocer a niveles superiores actividades del centro de salud
5. Motivación del personal del centro para hacerlos concientes.

F- SERVICIOS QUE PRESTA

f.1- ATENCION PRIMARIA

Prevención

1. Inmunizaciones
2. Enjuagatorios de flúor

Estos servicios se prestan esporádicamente limitados al tiempo de que disponga la auxiliar.

f.2- CONSULTA EXTERNA

- Enfermería: Curaciones
Inyectología
Vacunación
Promoción en la comunidad
Control de estadística

- Medicina: Control prenatal
Control del niño sano
Pediatría
Control de venereas
Control general

- Odontología.

f.3- Urgencias médicas: Mordida de perro

Quemaduras

Traumatología

El servicio prestado en urgencias es muy limitado.

G- RECURSOS

g.1- RECURSOS HUMANOS

- 1 médico director (4 horas)
- 1 médico consulta externa (4 horas)
- 2 odontólogos (4 horas cada uno)
- 1 auxiliar de enfermería (8 horas)
- 1 auxiliar de odontología (8 horas)
- 1 aseadora (8 horas)
- 2 celadores (12 horas cada uno)

g.2- RECURSO FISICO

- Cuenta el centro con una sala de recepción e información
- 1 consultorio médico
- 1 consultorio odontológico
- 1 cuarto de inyectología y esterilización donde a su vez se encuentra localizada la cocina.

En el momento el centro está necesitando de dos cuartos uno para depósito y otro para lograr la independización de inyectología.

g.3- RECURSO MATERIAL

- Medicina cuenta con recursos suficientes
- Odontología sus recursos son escasos

g.4- RECURSO FINANCIERO

No cuenta con recurso financiero ya que no se cobra ningún servicio y la droga también es gratuita.

H- NORMAS TECNICAS Y ADMINISTRATIVAS

h.1- NORMAS GENERALES

Será responsabilidad de la unidad de información de la institución sede (regional o local).

1. Implantación de los formularios para la recolección de los datos del SIS en la propia institución y en las instituciones del área de la jurisdicción.

2. La capacitación en el servicio del personal de las instituciones de la jurisdicción para el diligenciamiento -

de los formularios del SIS.

3. Velar por el cumplimiento de las normas de remisión de la información en su jurisdicción.

La unidad de información (regional o local) deberá preparar anualmente un programa de supervisión a las instituciones del área de su jurisdicción y presentar periódicamente al nivel inmediato superior los resultados, así como el programa de asesoría basado en dichos resultados.

a. Administración de registros médicos y modelo de historias clínicas "SNS, SIS".

b. Doc. citado. Primera parte, punto 2.3 responsabilidades del equipo técnico en relación a la historia clínica y anexo 3 " Integración y procedimiento del comité de historia clínica.

h.2- REFERENTE A LA HISTORIA CLINICA

Se habrá una historia clínica en todo nivel donde se brinde atención institucional.

Se mantendrá una historia clínica para cada persona que se admita como paciente para internación o consulta externa (se excluyen los pacientes referidos solo para interconsulta).

La historia clínica será única para cada paciente dentro de la institución.

La historia clínica contendrá información suficiente para identificar claramente al paciente, justificar su diagnóstico y tratamiento y documentar los resultados finales.

Se asignará un número a toda historia que se inicie en la institución.

Se iniciarán carpetas uniformes, tamaño carta para el archivo de la documentación de la historia clínica. En los hospitales donde, por falta de recursos, la documentación se archiva en sobres, estos deberán ser de tamaño carta para facilitar en el futuro su cambio de carpeta.

La historia clínica pertenece al organismo que la elabora, el cual puede utilizar su información; no obstante el paciente tiene derecho a conocer dicha información.

Es responsabilidad del personal que participa en el manejo de la historia clínica, que ésta sea completa, exacta y cumpla con los propósitos para los cuales fué diseñada.

Las historias serán confidenciales. Toda persona que tenga acceso a la historia clínica o a los datos que forman

parte de ella (Ej: informes de laboratorio) o que derivan de ellos. (Ej: informes estadísticos), debe ser informada sobre la obligación de observar el secreto médico.

Las historias deben estar protegidas a fin de salvar el secreto médico, ya sea que se encuentre en los servicios de consulta externa, hospitalización, etc.

h.3- ADMISION

h.3.1 FUNCION

Realizar los trámites relativos a la admisión de pacientes para atención ambulatoria y hospitalización.

La admisión de pacientes, para atención ambulatoria implica entrevista al paciente y:

1. En caso de paciente nuevo abrir la historia clínica remitirla al consultorio, donde el paciente será atendido.
2. En caso de paciente antiguo, localizar la historia en el archivo la remisión de la historia al servicio de atención. Si el paciente se hospitaliza, corresponde además asignar la cama e iniciar el informe de egreso de hospitalización.

h.4- NORMAS

Todo paciente que requiera atención ambulatorio o de hospitalización en la institución, deberá concurrir previamente a ADMISION, para realizar los trámites administrativos correspondientes. Cuando por razones de urgencias, un paciente se hospitalice sin haber cumplido con este requisito, el servicio de urgencia deberá comunicarlo a ADMISION.

La oficina de ADMISION será el único canal para la admisión de pacientes y por lo tanto el único responsable en la institución para "abrir" la historia clínica.

Se abrirá historia clínica:

1. A todo paciente nuevo para la institución que solicite atención de consulta externa o de hospitalización.
2. A los pacientes atendidos en urgencias que no tengan historia clínica en la institución y que deben continuar su tratamiento (ambulatorio o de hospitalización) o cuando existe indicación especial.
3. A los pacientes referidos cuando requieren hospitalización o tratamiento en consulta externa. Quedan excluidos los referidos sólo para interconsulta o exámenes auxiliares de diagnóstico.
4. A los recién nacidos en la institución, en caso de nacimiento prematuro o cuando presenten estados

patológicos que ameriten cuidados especiales.

Se asignará un número a cada historia que se inicie, previa verificación de que el paciente es nuevo en la institución. Este número no se asignará a otro paciente, salvo en caso de que la historia se anule (dentro de un plazo no mayor de un mes de haber asignado el número).

I- DEMANDA

i.1- CAUSAS DE MORTALIDAD

Estos datos no se encuentran en el centro.

1.2- CAUSA DE MORBILIDAD

1. Enfermedades de los dientes y estructuras de sostén
2. Influenza
3. Observación y prevención prenatal
4. Infecciones respiratorias agudas

Hemos observado que éstas causas tienen relación con el nivel cultural bajo de la comunidad que cubre el centro de salud No 62, pues a falta de información y estudio de la población beneficiará no toma los correctos medios preven

tivos para dichas enfermedades.

No consideramos que haya una relación directa con el nivel económico puesto que la población de ésta zona posee recursos de este tipo a un nivel regularmente bueno.

J- RELACIONES INTRA Y EXTRASECTORIALES

j.1- RELACIONES INTRASECTORIALES

El centro de salud No 62 " La Fayette " tiene relación directa con la Unidad Regional de Salud No 4 "Santa Clara" e indirectamente con el servicio seccional de salud de Bogotá. Estas relaciones se efectúan normalmente por intermedio del médico director del centro de salud.

1. Subsistema de personal: Existe un desconocimiento total, por parte del personal que labora en este servicio de las funciones a realizar por falta de un manual de Cargos y funciones. Además se desconocen normas, deberes y responsabilidades.

2. Subsistema de información: Se llevan a cabo los requisitos de información para cada servicio pero dicha información de los requisitos son elaborados por auxiliares sin

ninguna capacitación estadística, que simplemente recibieron alguna orientación por el personal profesional, y que en ningún momento son supervisadas o asesoradas.

3. Subsistema de planeación: La planeación llega directamente de la regional, pero falta del personal que programe esta planeación se viene realizando parcialmente.

4. Subsistema de suministro: La distribución de los recursos materiales necesarios es pésima. El centro hace un listado trimestral de los suministros prioritarios que necesita, y de la regional le envían algunos que no se han pedido o no les envían tales materiales. Esto dá a pensar que en la regional no tienen en cuenta el listado del centro de salud, que en resumen son las necesidades prioritarias materiales del centro, sino que la repartición se hace al azar.

h.2- RELACIONES EXTRASECTORIALES

1. Directas: Con el pan, que beneficia al escolar y la familia en general.

2. Indirectos: Cuando a nivel seccional se organizan las campañas masivas de vacunación, el centro No 62 por intermedio de la enfermera, se encarga de citar a los directores de la escuela y colegios para realizar tales campañas. Esto se hace esporádicamente y no por los conductos regulares.

Otra de las relaciones indirectas, es con la población beneficiaria del centro.

CONCLUSIONES

1. Aunque los objetivos son explícitos este centro no cumple estos propósitos porque si observamos las causas de morbilidad de ésta zona y las comparamos con los objetivos podemos concluir que los servicios que presta el centro no van dirigidos a dichas causas.

2. La población total para el servicio de salud del centro es muy alta de acuerdo al recurso humano, material y físico con que cuenta.

3. No tiene definido los niveles de complejidad de la atención por lo que a la demanda no se le resuelve adecuadamente sus problemas de salud.

4. El recurso humano no cumple con sus horarios, tienen insuficiencia de recursos por lo que se observa una subutilización.

5. Los servicios que presta no cumple la integridad ideal para dar mayor atención y beneficios a la comunidad. En la atención al medio y el control de basuras se encuentra muy descuidado repercutiendo en el nivel de salud de la comunidad.

6. Falta motivación a la comunidad lo que repercute en cuanto al funcionamiento del centro y avance de éste.

7. en cuanto al funcionamiento de los subsistemas ninguno labora perfectamente y hace falta el personal que los haga funcionar perfectamente.

IV

ANALISIS DEL SERVICIO DE SALUD ORAL

A- IDENTIFICACION

Servicio de salud oral del centro No 62 " la Fayette" perteneciente a la regional No 4 Santa Clara.

B- UBICACION

Localizado en la calle 1B No 19A-19 , centro de salud No 62 barrio Eduardo Santos.

C- RECURSOS

c.1- RECURSO HUMANO

1 odontólogo 4 horas 8-12 AM

1 odontólogo 4 horas 12-4 PM.

1 auxiliar de odontología 8 horas.

c.2- RECURSO FISICO

1 consultorio odontológico con área para consulta .

1 servicio sanitario.

El área destinada para el consultorio odontológico es muy reducida, además hace falta un equipo de rayos X que - imposibilita dar una buena atención al paciente.

c.3- RECURSO MATERIAL

1. Equipo: 1 unidad dental
- 1 motor dental
- 1 brazo triple
- 1 pieza de mano
- 1 contra ángulo
- 1 adaptador con lámpara
- 1 repisa para instrumental
- 1 escupidera
- 1 eyector
- 1 pieza de alta velocidad
- 1 jeringa triple aire frio
- 1 esterilizador
- 1 compresor
- 1 butaco

2. Instrumental de operatoria y cirugía.

En este instrumental se observa que hay deficiencia, en especial en el instrumental de operatoria en el que falta: 1 portamatríz

Bruñidores para amalgama

Talladores para amalgama.

esto impide darle una buena atención al paciente.

c.4- RECURSO FINANCIERO

No cuentan con recurso financiero propio porque dependen directamente de la regional.

D- OBJETIVOS

d.1- OBJETIVOS GENERALES

1. Ofrecer a la comunidad un servicio de salud integral
2. Disminuir la morbilidad mediante el incremento de educación sanitaria y acción proyectiva.

d.2- OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Desarrollar programas para el fomento de la salud y protección específica.

2. Desarrollar programas para la limitación del daño y rehabilitación, que den solución a las necesidades de tratamiento.

E- ATENCION ODONTOLÓGICA

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ORALES

e.1- NORMAS

<u>Etapas</u>	<u>Tiempo</u>
1. Educación sanitaria cepillado	2a 4 horas por grupo
2. Preparación	15 minutos por grupo
3. Cepillado auto- pro- filaxis	5 minutos
4. Lavado	2 minutos
5. Cepillado auto-apli- cación y enjuague.	5 minutos

e.2- EDUCACION SANITARIA-CEPILLADO

La higienista dental (o en su efecto la persona que ejecutará el programa) debe obtener la lista de los escolares que deberá atender en las escuelas asignadas ppr el grupo

Obtenidas las listas y antes de iniciar toda actividad se debe dar a cada director y a los diferentes profesores una información general sobre la importancia del programa que va a realizar sus objetivos; tiempo aproximado de duración de programa en cada escuela para motivarlos y así obtener su colaboración eficiente. Para tal fin, entregará a cada profesor un mensaje impreso y aclarará con ellos todos los interrogantes que pueden surgir haciendo énfasis en el papel predominante que ellos jueguen en el éxito del programa y en participación de los alumnos.

La higienista debe instruir a los maestros sobre el proceso que implica el programa y coordinará con ellos el día y la hora para esa segunda charla de tiempo más formal.

Una vez conformado los grupos debe impartir técnicas de cepillado mixta (gingiva y dientes), sobre la base de demostrativa de modelos y pacientes, recalcando ser ésta la fase más importante dentro del programa de prevención de las enfermedades orales.

Para poder cumplir con la etapa del cepillado auto profilaxis cada escolar debe estar previsto de su propio cepillo dental. Lo ideal sería que en cada grupo escolar existiese un cepillero en funcionamiento.

La higienista dental (o su sustituto) debe comprobar que cada niño realice un cepillado correcto y eficiente para lo cual es necesaria una perfecta supervisión.

e.3- PREPARACION

Al iniciar esta segunda etapa todos los niños del grupo deben tener los elementos a la mano en una forma accesible que no presente interrupciones, para el cumplimiento de ésta y las etapas tenemos los elementos siguientes: cepillo dental, pasta profiláctica (piedra pómez), solución fluoruro de sodio y en lo posible crema dental, agua para mezclar la solución de fluoruro de sodio al 2% y sitio donde escupir.

e.4- CEPILLADO " AUTOPROFILAXIS "

Cumplidas las etapas anteriores en cada uno de los grupos de la escuela se debe iniciar la tercera, la cual se hará también por grupos.

La etapa tiene duración de 5 minutos aproximadamente , pues todo el grupo hará este cepillado en forma simultánea.

Para iniciar esta etapa cada niño debe tener a la mano su cepillo, la pasta y facilidad de poder hacer el lavado una vez terminada la labor de cepillado.

El cepillado profilaxis se hará usando piedra pómez - humedeciendo una solución de fluoruro de sodio al 2% y si es posible se agregará crema dental.

La higiene dental debe supervisar cuidadosamente esta etapa con el fin de que la placa dentaria sea totalmente eliminada.

e.5- CEPILLADO AUTO APLICACIÓN - ENJUAGUE

Consiste en la realización de otro cepillado usando el cepillo previamente humedecido en solución de fluoruro de sodio al 2%.

Cada niño deberá tener a mano un vaso plástico con la cantidad adecuada de solución de fluoruro de sodio al 2% - (15 c.c. aproximadamente), con la cual humedecerá el cepillo una o dos veces por cada cuadrante de la boca.

Esta etapa como las demás, debe cumplir en forma simultánea por todo el grupo y debe tener una duración de 3 minutos.

Una vez terminado el cepillado con la solución fluorurada el escolar hará un enjuague con el residuo que hay en el vaso inclinando ligeramente la cabeza hacia adelante, por espacio de 3 minutos.

Esta etapa como todas las demás deberá ser supervisada correctamente.

Luego de cada aplicación se debe recomendar al niño :

1. Hacer enjuagatorios de ninguna clase durante la siguiente hora.
2. No ingerir alimentos durante la siguiente hora.
3. No ingerir leche durante las horas siguientes.

e.6- NORMAS GENERALES

1. Lista de las escuelas de la zona a cubrir, por grupos.
2. Se llevará un registro diario con los nombres de cada uno de los escolares que asisten al programa.
3. Se expedirá un carnet a cada alumno cuyo número sa le del orden que le corresponde en la hoja de registro.
4. Cada galón rinde aproximadamente para 250 enjuagatorios.
5. Se debe tener mucho cuidado para que el niño no ingiera la solución.
6. Todos los escolares de cada una de las escuelas participarán en este programa tenga o no tratamiento curativo.
7. Informe mensual debe ser reportado a la oficial de

estadística del respectivo centro en los dos primeros días del mes para que ésta a su vez lo remita a nivel regional.

F- SERVICIOS QUE PRESTA EL CENTRO DE SALUD

El odontólogo general atiende básicamente urgencias, - exodoncia y operatoria; en escolares y obstetricas primordialmente; los tratamientos se hacen lo más completos de acuerdo con los recursos que cuenta.

La auxiliar de consultoria; prepara el consultorio, el instrumental y materiales necesarios, selecciona los paciente atiende y mantiene en orden las historias clínicas y formularios , además hace prevención.

f.1- SERVICIOS

Diagnóstico: De todas las afecciones del complejo bucomaxilofacial

Cirugía: Exodoncia por método abierto y cerrado.

Operatoria: Obturaciones en amalgama y silicatos

Endodoncia: Momificaciones pulpaes en temporales
Momificaciones pulpaes en permanentes
Recubrimientos pulpaes
Pulpotomias

Periodoncia: Raspado y curetaje

Prevención: Aplicaciones tópicas de flúor.

G- ANALISIS

Los niveles de complejidad de la atención no están definidos lo que dificulta dar una buena solución a las necesidades de la comunidad.

Los recursos con que cuenta el centro son escasos teniendo en cuenta la cantidad de población a atender.

El recurso humano no cumple el horario propuesto para la atención de pacientes, lo que conlleva a una sub-utilización de recurso físico.

Se encuentra deficiencia en cuanto al recurso técnico material y financiero.

El programa de prevención no cuenta con personal específico para su ejecución ni con un horario definido; haciendo que el programa sea deficiente.

CONCLUSIONES

Se observa que los recursos de que dispone el centro de salud no son suficientes para la demanda de la comunidad.

Se encuentra que hay un bajo nivel de salud oral en la comunidad, lo que depende en gran parte de la falta de motivación e instrucción, haciendo que el individuo que inicia el tratamiento no regrese.

La técnica preventiva es deficiente, por lo tanto se debe incrementar, para aumentar el nivel de salud oral de la comunidad.

REGIONAL IV SANTA CLARA

CONSOLIDADO SEMESTRAL

RESUMEN MENSUAL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

INSTITUCION U ORGANISMO CENTRO DE SALUD Nº 62 CODIGO _____

SECCION DEL PAIS CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA MES 1=6 AÑO 1980

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

FILA	ACTIVIDADES	TOMAR DE SIS 160 COL	5 - 14	15 - 44 Obstetrics	OTROS	TOTAL		
1	SESION DE 1a VEZ	col 3	353	23	104	480		
2	SESION REPETIDA	col 4	436	66	21	523		
3	PACIENTES INICIADOS	col 8	185	21	4	210		
4	PACIENTES TERMINADOS	col 36	33	3		36		
5	TOTAL DE ATENCIONES (SESIONES)	col 5	999	92	146	1237		
6	OPERATORIA	ATENCION DE 1a VEZ	col 9	186	21	3	210	
7		ATENCION REPETIDA	col 10	385	59	12	406	
8		DIENTE OBTURADO MAT. INTER.	col 11	660	12	19	691	
9		DIENTE OBTURADO MAT. DEF.	col 12	503	97	19	619	
10		TRATAMIENTO TERMINADO	col 13	73	9	2	84	
11	ENDODONCIA	ATENCION DE 1a VEZ	col 14	10		10		
12		ATENCION REPETIDA	col 15					
13		DIENTES TERMINADOS	col 16	11			11	
14		TRATAMIENTOS TERMINADOS	col 17	7			7	
15	PERIODONCIA	ATENCION DE 1a VEZ	col 18	2		2		
16		ATENCION REPETIDA	col 19					
17		TRATAMIENTOS TERMINADOS	col 20					
18	CIRUGIA ORAL	ATENCION DE 1a VEZ	col 21	354	8	121	483	
19		ATENCION REPETIDA	col 22	103	4	8	115	
20		TRATAMIENTOS TERMINADOS	col 23	63	2	2		
21		EXODONCIA	EN TEMPORALES	col 6	361	13	1	375
22			EN PERMANENTES	col 7	98	12	112	222
23	MEDICINA ORAL	ATENCION DE 1a VEZ	col 24	8		2	10	
24		ATENCION REPETIDA	col 25	1			1	
25		TRATAMIENTOS TERMINADOS	col 26	1			1	
26	PROTESIS	ATENCION DE 1a VEZ	col 27					
27		ATENCION REPETIDA	col 28					
28		APARATOS PARCIALES REMOVIBLES	col 29					
29		APARATOS PARCIALES FIJOS	col 30					
30		APARATOS TOTALES	col 31					
31		TRATAMIENTOS TERMINADOS	col 32					
32	ORTODONCIA	ATENCION DE 1a VEZ	col 33					
33		ATENCION REPETIDA	col 34					
34		TRATAMIENTO TERMINADO	col 35					

II. SESIONES DE PRIMERA VEZ (col 3)

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIO-NAL	MAXIM. TECNOI	
35	5-14 AÑOS	353			353
36	15-44ANOS OBSTETRICS	23			23
37	OTROS	104			104
38	TOTAL	480			480

III. CUANTIFICACION DE SESIONES (col 3+4)

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIO-NAL	MAXIM. TECNOI	
39	5-14 AÑOS	789			789
40	15-44 ANOS OBSTETRICS	89			89
41	OTROS	125			125
42	TOTAL	1003			1003

IV. HORAS CONTRATADAS

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIO-NAL	MAXIM. TECNOI	
43	5-14 ANOS	521			521
44	15-44ANOS OBSTETRICS	59			59
45	OTROS	79			79
46	TOTAL	659			659

V. CONTROL DE INSTITUCIONES U ORGANISMOS Y PESO PORCENTUAL DE TOTAL SESIONES

FILA	Nº DE INSTITUCIONES U ORGANISMOS	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIO-NAL	MAXIM. TECNOI	
47	DEBEN INFORMAR				
48	INFORMAN				
49	PESO % TOTAL SESIONES				

DIRECTOR DE LA INSTITUCION U ORGANISMO _____

FIRMA Y SELLO _____

TABLA AUXILIAR DE ANALISIS TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

SERVICIO SECCIONAL DE BOGOTÁ

UNIDAD REGIONAL DE SANTA CLARA 4

UNIDAD LOCAL DE _____

ORGANISMO CENTRO DE SALUD 62 "LAFAYETTE"

PAS 132
AÑO 1981

E D A D E S	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INSTRUMENTOS		CONCENTRACION			RENDIMIENTO TRATAMIENTOS INICIADOS			CONTINUIDAD			COBERTURA			
	OBSERVADA	PROPUESTA	OBSERVADA	NORMA SECCIONAL	PROPUESTA	OBSERVADO	NORMA SECCIONAL	PROPUESTA	OBSERVADA	NORMA SECCIONAL	PROPUESTA	OBSERVADA	NORMA NACIONAL	NORMA SECCIONAL	PROPUESTA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
5-14 AÑOS	79.1	80%	158	1.5	18				25.7	65%	50%	15.2	65%	15%	19.1%
15-44 AÑOS OBSTETRICAS	8.9	11%	126	1.5	15				37.9	65%	50%	8.2	75%	9%	26.3%
OTROS (VER INSTRUCTIVO)	11.9	9%	1.21	1	1.2				3.1	60%	31%	15.9	30%	3%	11.49%
T O T A L	100	% 100 %							65.3			14.75	%		18.22 %
PROCEDIMIENTO	<i>Copie Col 16 PAS. 1.3.1</i>	<i>Resultado del Analisis tecnico Col. 1 y demas Atributos propios de la actividad Final</i>	<i>Copie Col 15 PAS. 1.3.1</i>	<i>Dada por el S.S.S. Respectivo</i>	<i>Resultado del Analisis tecnico Col. 3, 4 y demas Atributos propios de la actividad Final</i>	<i>Copie Filax PAS. 1.3.1</i>	<i>Dada por el S.S.S. Respectivo</i>	<i>Resultado del Analisis tecnico Col. 6, 7 y demas Atributos propios de la actividad Final</i>	<i>Copie Col 13 PAS. 1.3.1</i>	<i>Dada por el S.S.S. Respectivo</i>	<i>Resultado del Analisis tecnico Col. 9, 10 y demas Atributos propios de la actividad Final</i>	<i>Copie Col 6 PAS. 1.3.1</i>	<i>Dada por Minsalud</i>	<i>Dada por el S.S.S. Respectivo</i>	<i>Resultado del Analisis tecnico Col. 12, 13, 14 y demas Atributos propios de la actividad Final</i>

PROGRAMACION

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

SERVICIO NAL. DE SALUD DE _____
 UNIDAD REGIONAL DE SANTA CLARA
 UNIDAD LOCAL DE CENTRO 62A
 ORGANISMO _____

PAS. 1.3.
AÑO 1980

INFORMACION GENERAL			
A	RENDIMIENTO		8
B	PROPUESTO		4

EDADES	POBLACION TOTAL	RESPONSABILIDAD ASIGNADA					FACTIBILIDAD TECNICO FINANCIERA					
		POBLACION ASIGNADA	CONCENTRACION PROPUESTA	CUANTIFICACION			INSTRUMENTOS	CUANTIFICACION			POBLACION A ATENDER	COBERTURA
				ACTIVIDADES		INSTRUMENTOS		ACTIVIDADES				
				TRATAM.TOS INICIADOS	TRATAM.TOS TERMINADOS			TRATAM/TOS INICIADOS	TRAT/TOS TERMINADOS			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
5 - 14 AÑOS	5565	4644	1	4645	2322	4644	450	1560	750	1500	32.3 %	
15-44 AÑOS OBSTETRICAS	733	556	1	556	293	556	20	25	10	25	3.4 %	
OTROS (VER INSTRUCTIVO)	15354	1305	1	12308	6150	123325	780	480	240	480	3.3 %	
TOTAL	21922	6505		17555	5769	17535	2000	2065	1000	2005	11.4 %	
PROCEDIMIENTO	<i>Proyección del último censo o registros prop.</i>	<i>Aplique % A col. 1 zenien do en cuenta</i>	<i>Copie col. 5 pas. 1.3.2.</i>	<i>Col 2. col 3</i>	<i>Aplique % dado por el Servicio A Col. 4</i>	<i>col 4 x 8 ÷ Fila A</i>	<i>En el total copie cifra tratamiento odont. col 8 pas 3.2 y A cada</i>	<i>col 7 x Fila A</i>	<i>Col 7. x Fila B</i>	<i>Col 8 ÷ Col 3</i>	<i>Col 10 x 100 ÷ Col</i>	

INFORMACION FINANCIERA		
X	Costo unitario proyecto del instrumento 1980 (Tomese del pas 1.3.1)	\$
Y	Responsabilidad Asignada Costo total instrumentos (total col 8 x Fila x)	\$
Z	Factibilidad técnica Financiera Costo total instrumentos. Copie cifra tratamientos odontológicos col 7 pas 1.3)	\$

PROGRAMACION TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

PAS 1.3
ANO 1981

INFORMACION GENERAL	
A RENDIMIENTO PROPUESTO (col 8 pas 132)	8

E D A D E S	POBLACION TOTAL			RESPONSABILIDAD-ASIGNADA				FACTIBILIDAD-TECNICO-FINANCIERA					
	1	2	3	4	5	6	7	CUANTIFICACION		CUANTIFICACION		10	11
								ACTIVIDADES		ACTIVIDADES			
								TRATAMIENTOS INICIADOS	TRATAMIENTOS TERMINADOS	INSTRUMENTOS INICIADOS	TRATAMIENTOS TERMINADOS		
5-14 AÑOS	5565	4644	1.8	8359.2	4179.6	10449	200	1600	800	888.8	1.91		
15-44 AÑOS OBSTETRICAS	733	556	1.5	834	417	10425	27.5	220	110	146.6	26.3		
OTROS (VER INSTRUCTIVO)	15354	1305	1.2	1566	4854	195.7	22.5	180	558	150	11.49		
T O T A L	21922	6505		107592	4645.1	13448	250	2000	915.58	1185.4	18.22		
PROCEDIMIENTO	Proyeccion del ultimo censo o registro propio	Aplique % A Col 1	Cople col 5 PAS 1.32	Col 2 x Col 3	Aplique Fila B A Col 4	Col 4 x 8 ÷ Fila A	En el total Cople cifra Tratamiento Odontológico Col 5 pas 1.32 Aplique col 2 PAS 1.32 Al total.	Col 7 x Fila 4	Aplique col 11 Formulario 1.3.2. a Col 6	Col 8 ÷ Col 3	Col 10 x 100 ÷ Col 2.		

EVALUACION POR TIPO DE TRATAMIENTO								
E D A D E S	TIPO DE TRATAMIENTO							
	Operativo	Endodoncia	Periodoncia	Cirugia Oral	Medicina Oral	Protesis	Ortodoncia	TOTAL
5-14 AÑOS								
15-44 AÑOS								
OTROS								
TOTAL								

INFORMACION FINANCIERA	
X	Costo unitario Proyecto del Instrumento 1981 (TOMESE DEL PAS 1.3.1)
Y	Responsabilidad ASIGNADA Costo total Instrumento (total col x Fila)
Z	Factibilidad tecnico financiera Costo total Instrumento Citra tratamiento eden. total Col 7 PAS 1.2.1

TABLA AUXILIAR DE EVALUACION TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

SERVICIO SECCIONAL DE BOGOTA

UNIDAD REGIONAL DE SANTA CLARA "4"

UNIDAD LOCAL DE _____

ORGANISMO CENTRO DE SALUD 62 "LAFAYETTE"

PAS. 1.3.1

AÑO 1981

E DADES	POBLACION ASIGNADA.	SESIONES 1ª VEZ			COBERTURA		TRATAMIENTOS						CONCENTRACION		DISTRIBUCION PORCENTUAL INSTRUMENTOS	
		PROGR. AMADA S	REALIZADAS	PORCENTAJE	PROGR. AMADA	OBSERVADA	INICIADOS			TERMINADOS			CONTINUIDAD %	PROGRAMADA		OBSERVADA
							PROGR. AMADOS	REALIZADOS	CUMPLIMIENTO %	PROGR. AMADOS	REALIZADOS	CUMPLIMIENTO %				
5-14 AÑOS	4644	1500	706	47.0	32.3	15.2	1560	1120	71.7	750	288	38.4	25.7	1	1.5	79.1
15-44 AÑOS OBSTETRICOS	556	25	46	18.4	3.4	8.2	25	58	232	10	22	220	37.9	1	1.2	8.9
OTROS (VER INSTRUCTIVO)	1305	480	208	43.3	3.3	15.9	480	252	52.5	240	8	3.3	3.1	1	1.2	11.9
TOTAL	6505	2005 655	960	14.656	11.4	14.75	2065	1430	69.2	1000	318	31.8	22.2			100
PROCEDIMIENTO	COPIE COL 2 PAS.1.3 1.980	COPIE COL 10 PAS-1.3 1.980	TOMESE DEL SIS-161 PARA CADA GRUPO ETARIO	COL 3 x 100 ÷ COL.2	COPIE COL II PAS-1.3 1.980	COL 3 x 100 ÷ COL.1	COPIE COL 8 PAS-1.3 1.980	SUMATORIA FILAS 6.II.15.18 Y 31	COL 8 x 100 ÷ COL 7	COPIE COL 9 PAS.1.3 1.980	SUMATORIA FILAS 10.14.17 Y 35	COL II x 100 ÷ COL 10	COL II x 100 ÷ COL 8	COPIE COL 3 PAS.1.3 1.980	COL 8 ÷ COL 3	GUIESE POR EL CAPITULO IV DEL SIS 161

76.5 80/66
4.6
15

INFORMACION GENERAL

Q	Nº AUX. ODONTOL. SOCIAL EN SERVICIO		
R	Nº ODONTOL. EN SERVICIO (SEGUN NOMINAS)		2
S	DIAS	NECESARIOS total col 6 ÷ 8 pas 1.3/80	2191.8
T		DISPONIBLE CONSUL. INSTAL X 250	250
U	CONSULTORIO	CONTRATADOS (HORAS ÷ 8)	164.75
V		PROGRAM. COPIEA PAS-1.3 1980	8
X	RENDIMIENTO	OBSERVADO TOTAL COL 8 ÷ FILA U	8.6
Y	ADECUACION DE VOL. FILA T X 100 ÷ FILA T		11.4
Z	GRADO DE USO FILA U X 100 ÷ FILA T		65.9 %

INFORMACION FINANCIERA

RUBROS		COSTO PROGRAMA DO-TOMESE PAS.1.3.1-80	COSTO OBSERVADO 80 SEGUN MAN-COSTO	FACTOR CORRECCION-DADO MIN SALUD	COSTO PROYECTADO 1.981
COMPONENTES DEL COSTO	SERVICIOS PERSONALES				
	SUMINISTROS				
	GASTOS GENERALES				
GASTO TOTAL ACTIVIDAD FINAL (SUMAR COMPONENTES DEL COSTO)					%
COSTO UNITARIO DEL INSTRUMENTO (GASTO TOTAL ACTIVIDAD FINAL - FILA U)					

ANALISIS DE LA PROGRAMACION

TABLA AUXILIAR DE ANALISIS DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

A- DISTRIBUCION PORCENTUAL DE INSTRUMENTOS

Definición: Instrumento es el número de horas utilizadas por el odontólogo para cada tipo de población.

Le propone un mayor porcentaje para el grupo de población de 5-14 años, debido a que éste grupo es muy importante se busca obtener en un futuro un mayor nivel de salud pretendiendo así mejorar los servicios que se le dan a la comunidad en forma efectiva por parte del centro e intensificar el fomento de la salud y el tratamiento preventivo.

En el grupo de 15-44 años se consideró que aunque su atención es mucho más compleja requiere una mayor prestación de servicios y mayor motivación de la comunidad, por este motivo y considerando el orden de prioridades en otros nos vimos en la obligación de disminuir un poco la atención.

Además se considera que la población va aumentando por lo cual el centro de salud debe aumentar también sus recursos para lograr una mayor eficiencia.

B- CONCENTRACION

Definición: Es un atributo de la actividad que identifica el número de veces que se repite la actividad por cada paciente.

En el grupo de 5-14 años se pretende con la propuesta intensificar el promedio de tratamientos terminados, en este grupo, el hecho que sobre pase la norma seccional y se hacer que a la nacional se debe a que se busca una cobertura más real, que no se aparte mucho, de la observada.

Le aumento la propuesta igual a la rama seccional en el grupo de 15-44 años obstetricos para que de ésta manera se logre alcanzar un mayor porcentaje de tratamientos terminados.

En otros, se dejó la propuesta igual a la observada porque éste grupo no es prioritario para el sistema seccional .

C- RENDIMIENTO

Definición: Es un atributo del instrumento, de las actividades que se ejecutan por unidad de tiempo.

El rendimiento se disminuyo un poco de acuerdo a lo ob^usenado, debido a que no es conveniente aumentar los tratamientos iniciales sino aumentar el porcentaje de tratamientos terminados.

D- CONTINUIDAD

Definición: Es la relación que existe entre tratamientos iniciales y tratamientos terminados.

La continuidad observada tanto de 5-14 y 15-44 años es muy baja porque se está perdiendo un porcentaje bastante alto de pacientes por lo tanto, se propone que se aumente al 50% para ambos grupos, buscando que odontólogo termine por lo menos la mitad de los tratamientos iniciales en el menor número de citas.

En otros no se exige continuidad porque no hay recursos

y tambien debido a que las patologías que se presentan no se pueden atender por su complejidad.

E- COBERTURA

Definición: Es un atributo de la actividad.

Es el porcentaje de pacientes atendidos, en relación a la población asignada.

Se busca que la cobertura propuesta, no difiera mucho de la observada, debido a que no se quiere aumentar la cobertura en base a tratamientos iniciados, sino incrementando un poco el número de tratamientos terminados.

CONCLUSIONES DE LA PROGRAMACION

1. La población asignada para el centro de salud No62 " La Fayette " es muy alta en relación con los recursos disponibles.

2. El recurso humano que presta el servicio es escaso no se encuentra motivado con respecto a las necesidades de la comunidad.

3. Hay coordinación entre la programación y el nivel de ejecución, debido a la falta de concientización del recurso humano que laboran en el centro.

4. Le presenta un manejo defectuoso del instrumento , repercutiendo éste en el déficit de rendimiento.

5. Encontramos deficiente el recurso material; por lo tanto impide la satisfacción de salud oral de la comunidad que cubre este centro.

6. Faltalla de agilización del departamento de mantenimiento, ya que es importante en el logro de los objetivos propuestos por el centro.

IMPLANTACION DE LA EJECUCION

1. Se debe organizar un curso para motivación del recurso humano, para que se entere sobre las consecuencias que se presentaron por el subregistro, subutilización de recursos, tiempo, etc.

2. Una vez conocida la programación por parte del recurso humano, se debe lograr que éste identifique los trámites del centro.

3. Lograr que el servicio seccional lleve un registro de los limitantes identificados por el nivel ejecutor, para que puedan identificarlos, estudiarlos, y dar una posible atención.

4. Conociendo los limitantes del servicio seccional, mediante el subsistema de suministro e inversión, debe lograr una distribución periódica para una disponibilidad oportuna de los recursos necesarios.

5. Lograr una adecuada coordinación entre el nivel ejecutor y la unidad regional, por medio de una comunicación constante, ágil, oportuna y verás.

6. Para mejor funcionamiento del centro, se debe laborar un manual en el que se establezcan los objetivos, información general.

T.O 0005 1980
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0005

OBSERVACIONES:

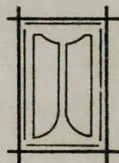
1. Este carné debe presentarse en cada cita.
2. En caso de pérdida, deberá pagar \$ 10.00 para obtener un duplicado.

IMPORTANTE:

El no cumplimiento de la cita por parte del paciente, le ocasiona la pérdida del 50% del valor de ella.

PISO 7

U. 49



**COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO**

**FACULTAD - ODONTOLOGIA
DEPTO. DE COORDINACION DE CLINICAS
BOGOTA, D.E.**

*Dr. Carlos González
7.8569*

CARNE DE CITAS

ADULTOS

No. de H.C.

05	13	57
----	----	----

González

APELLIDOS

Rodrigo Ernesto

NOMBRES

FECHA			HORA	CLINICA	CODIGO ESTUD.	FECHA			HORA	CLINICA	CODIGO ESTUD.
D	M	A				D	M	A			
17	8	82	1p.m								437724
21	8	82	1p.m	7º piso	420319						456459
24	8	82	10:20	2º piso Rx.							461294
25	8	82	1p.m	7º piso							469425
					423625						474317
					424834						418927
					428834						480455
					428915						493580
					433182						484463

Ayda Cepeda Jaramilla

Historia No. 021414

PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE I DE PERIODONCIA

- a) Enseñanza de cepillado
- b) Control de placa
- c) Motivación
- d) ~~Detartraje~~
- e) ~~Wretaje~~ Raspaje
- f) Profilaxis.

OPERATORIA

- a) Incrustación OM en 47 ?
- b) Obturaciones
 - V en 37
 - O en 34
 - O en 44
 - O en 45
 - V en 17

} amalgamas
- c) Obturaciones
 - V en 23
 - DV en 32
 - DV en 31

} resinas.

PROSTODONCIA PARCIAL FIJA

- a) Núcleo en 21
- b) Corona en 21

Revaluación Historia Clínica
Luz Gladys González
781363.
VII Semestre.

FCHI-88.

Historia No. 02 14 14

DIAGNOSTICO(S) DEFINITIVO(S):

- A. - TEJIDOS BLANDOS. - A
- B. - TEJIDOS DUROS. - Caries Activa o Aguda (521.04).
Caries Recurrente (521.07).
- C. - PERIODONTOPATIAS. -
- D. - OCLUSION. - Disfunción oclusal patogénica
Mialgias
Malposiciones dentarias.
Paciente parcialmente desdentado.
Facetas de desgaste en 23, 33.
- E. - TEJIDO PULPAR. - Vitalidad negativa en 11 y 21
pulpotomía en 37.
- F. - DISGNACIAS. - Falta de crecimiento transversal en
el maxilar superior.

PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE I PERIODONCIA

- a) Enseñanza cepillado
- b) Uso de seda dental
- c) Motivación.
- d) Control de placa.
- e) Raspaje.
- f) Profilaxis.

ENDODONCIA en el 37.

OPERATORIA

- a) Instalación OM en 47.
- b) Obturaciones en Amalgama

V : 17
O : 35
O : 44
O : 45
O : 47

- c) Obturaciones en Resina

V : 23
DV : 31
DV : 32

PROSTODONCIA PARCIAL FIJA.

Núcleo en 21

Corona en 21

Núcleo en 37

Corona en 37

P.P.F de tres unidades (Pilares = 34 - 35).

CONTROL DE OCLUSION.

Luz Gladys González
781363.

Dx DEFINITIVOS:

- a.- Tejidos blandos = Aparentemente normales
- b.- Tejidos duros = Caries Activa múltiple (521, 04)
- c.- Hipoplasia Parcial localizada (520, 40)
- d.- Oclusión = Disfunción Oclusal patológica.
- e.- Periodontopatías = NO presenta.
- f.- Tejido pulpar = Vitalidad negativa en 11, 21.
Pulpotomía en 37.
- g.- Disgnacias = Falta de crecimiento transversal en Maxilar superior.

PLAN DE TRATAMIENTO:

FASE I DE PERIODONCIA

- a) Enseñanza de cepillado
- b) control de placa
- c) Motivación
- d) Raspaje
- e) Profilaxis

OPERATORIA

- a) Obturaciones en Amalgama
 - ✓ en 37 y 17.
 - 0 en 34
 - 44
 - 45

- b) Obturaciones en Resina
 - ✓ en 23
 - DV en 32 y 31.

- c) Instalación OM en 47
- ENDODONCIA en 37
- PROSTODONCIA PARCIAL FIJA

- a) Núcleo en 21 - 37
- b) Corona en 21 - 37
- c) P.P.F (34 - 35).

CONTROL OCLUSION.

Histor. #

Continuación EXAMEN FISICO

2. - TEJIDOS DUROS

Dientes:

a.) Dentadura: _____ Decidua () _____ Permanente () _____ Mixta () _____

b.) Erupción: _____ Prec o z _____

Retardada: _____

Normal: _____

c.) Ausencia de dientes: _____

1) Sin erupcionar: _____

2) Extraídos: _____

3) Anodoncia: _____

d.) Supernumerarios: _____

e.) Malposiciones: _____

1) Rotaciones: _____

2) Inclinaciones: _____

3) Diastemas: _____

4) Intrusión y Extrusión: _____

5) Migraciones: _____

f.) Cambio de color: _____

g.) Forma: _____

h.) Hipoplasias: _____

i.) Focos Infecciosos: _____

Reevaluación Historia Clínica
Luz Gladys González
781363
VII Semestre.

HCFI - 6

Historia No. 021414

Continuación Examen Físico.

2. TEJIDOS DUROS

Dientes: 27

a. Dentadura:

b. Erupción:

Decidua ()

Permanente (X) Mixta ()

Precoz:

Retardada:

Normal: Para todos los dientes.

c. Ausencia de dientes:

1) Sin erupcionar: 18

2) Extraídos: 16 - 26 - 36 - 46

3) Anodoncia: No presenta

d. Supernumerarios: No presenta.

e. Malposiciones:

1) Rotaciones: DV versión del 17; MP versión del 23; DV versión del 27;
DV versión del 35.

2) Inclinaciones: Hacia lingual el ~~44~~, ~~45~~, ~~37~~.

3) Diastemas: Entre ~~34~~ - ~~35~~, ~~12~~ - ~~13~~ (muy ligeros). 22, 23; 12 - 13.

4) Intusión y Extrusión: Extrusión del ~~37~~; extrusión del 32; intusión del 25. X.

5) Migraciones: D del 35; M del 17; M del 27; M del 28; M del 37; M del 38; M del 47; M del 48.

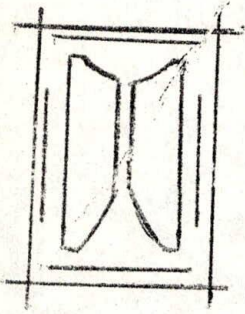
f. Cambio de color: No presenta.

g. Forma: Rectangular.

h. Hipoplasias: Presenta ligeras manchas de hipocalcificación en las regiones gingivo vestibulares de 11, 12, 42.

i. Focos infecciosos: Cañes.

MMGGM



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
Facultad de Odontología

ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA

CLINICA INTEGRADA: _____ PISO _____ HISTORIA No. _____

En este formato se señalará con una X, si la hoja correspondiente NO está totalmente diligenciada, si lo está, no se hará ningún registro. Cuando la hoja incompleta sea diligenciada totalmente, se añade una para formar un asterisco (*).

HOJA N°. IDENTIFICACION

1	Identificación Anamnesis	<input type="checkbox"/>	
2	Anamnesis (Continuación)	<input type="checkbox"/>	
3	Anamnesis (Continuación)	<input type="checkbox"/>	Nombre del Docente
4	Anamnesis. Exámen Físico	<input type="checkbox"/>	
5	Exámen Físico(Continuación)	<input type="checkbox"/>	
6	Exámen Físico(Continuación)	<input type="checkbox"/>	Nombre del alumno
7	Exámen Físico(Continuación)	<input type="checkbox"/>	
8	Exámen Físico (Final)	<input type="checkbox"/>	
8A	Diagnóstico (s) Presuntivo (s)	<input type="checkbox"/>	
	Exámenes, modelos, dx y pronóstico presentación de Historia Clínica.	<input type="checkbox"/>	Código
8B	Diagnóstico (s) definitivo (s)	<input type="checkbox"/>	
	Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/>	Firma Revisor
15	Hoja Control de pagos	<input type="checkbox"/>	
16	Programación de actividades	<input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES _____