COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Trabajo De Salud Pública

(Como se aprovecha el

programa de salud oral

La estructura y organi-

zación del SNS)



Presentado a: Dr. Miguel Angel Velazquez

Presentado Por: Grupo No. 14

Nora Nieto Cod: 781448

Martha Tabarez 781653

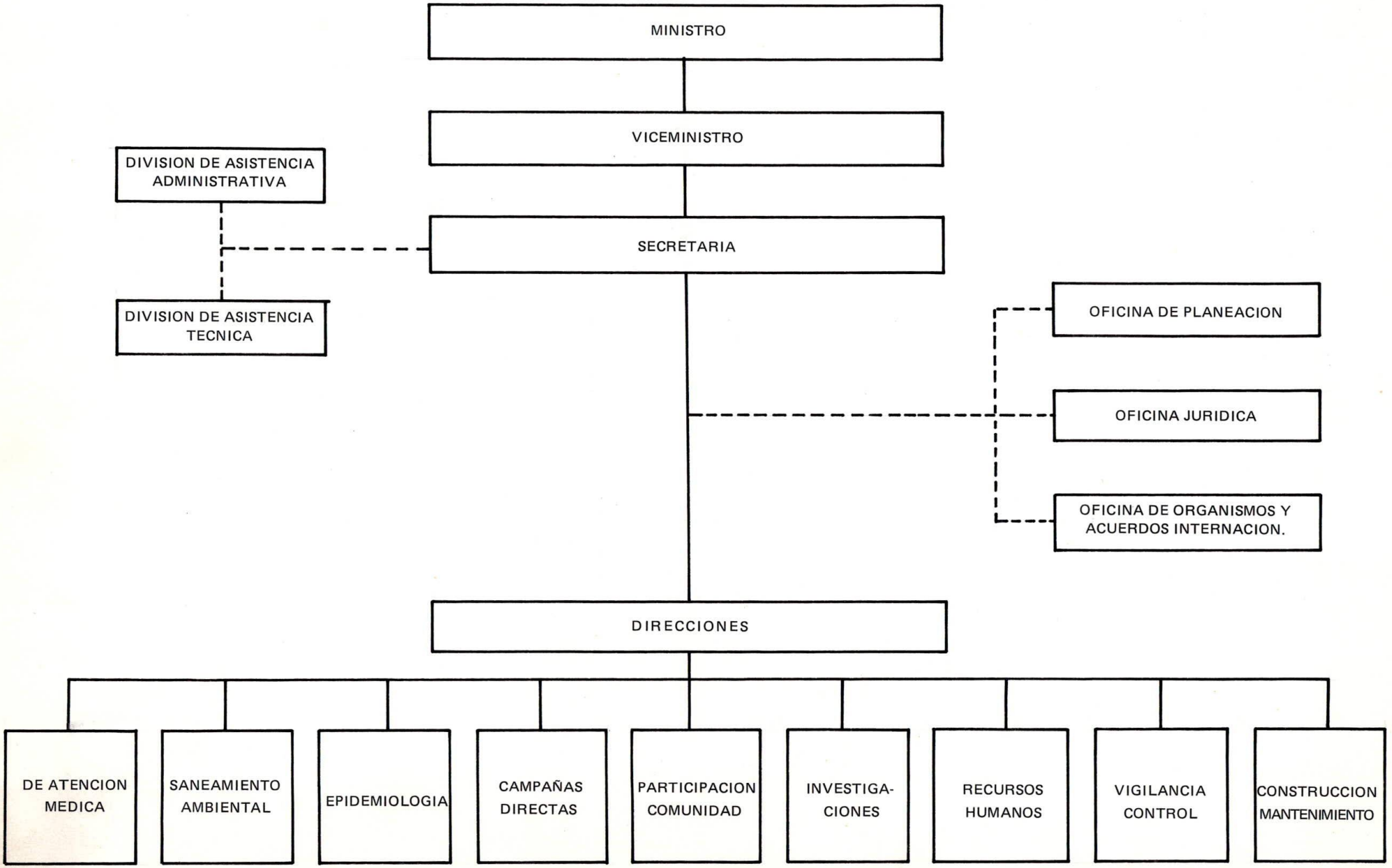
Miryam Barreto 781336

Gladys Rojas 781483

Gloria Gómez 781433

Pilar Amaya 781373

ORGANIGRAMA DEL NIVEL NACIONAL



CAPITULO 1

INDICE

1. Sistema Nacional de Salud

1.1 Reseña Historica y base legal del sistema nacional de salud

1.2 Objetivos del sistema nacional de salud

1.3 Politicas

1.4 Planes de Sistema Nacional de Salud

1.5 Programas del Sistema Nacional de Salud

1.6 Subsistemas

1.7 Estructura del Sistema Nacional de Salud

1.8 Niveles de atención

1.9 Areas de atención

INTRODUCCION

Conociendo la situación de salud que se presenta en nuestro país se pensó en formar una entidad que atendiera los problemas que vivimos relacionados con salud y se creo el sistema Nacional de Salud, con unos objetivos, politicas, planes y programas que de verdad consiguieran brindar salud. Por esto el SNS se estructura de tal forma que pueda cubrir de manera global y a la vez específica las necesidades prioritarias.

Considerando nuestra posición y relación con la salud queremos describir en forma general, y conocer profundamente el sistema para fortalecer nuestros conocimientos y ubicarnos de tal forma que seamos parte activa y productiva del sistema.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.1. Reseña Histórica y Base Legal Del Sistema Nacional De Salud

Antiguamente en Colombia la salud era muy primitiva la cual era practicada por brujos y personas míticas, quienes desconocían la historia natural de las enfermedades y por consiguiente, el tratamiento adecuado. Usaban métodos no eficaces par disminuir la morbi-mortalidad de la población. A consecuencia de este comportamiento se crearon inquietudes que conllevaron a buscar soluciones.

En 1913 se dió el primer paso cuando el estado colombiano crea el CONGRESO NACIONAL DE SALUD partiendo de dos áreas del mismo pensamiento; una que es de HIGIENE y PREVENCION brindada por el estado y la otra que está a cargo del sector privado que es la CURACION; desde este momento se disgregan los términos PREVENCION y CURACION.

En 1938 el estado estructura una cabeza guía del sector salud, llamado MINISTERIO DE HIGIENE Y PREVENCION SOCIAL.

En 1953 se cambia el concepto de MINISTERIO DE HIGIENE a MINISTERIO DE SALUD.

En 1962 se crea la planificación en el MINISTERIO DE SALUD; a raíz de la reunión convocada por el gobierno de Uruguay y en Punta del Este en la cual anunciaba que la planificación es un sistema organizado que deben llevar todos los pueblos.

En 1973 se hace el diseño del SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En 1975, siendo el ministro de salud el DR. HAROLDO CALVO NUNEZ, se establece:

DECRETO 056. Reglamenta la organización básica del SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

DECRETO 350. Organiza los servicios seccionales de salud y unidades regionales de salud.

DECRETO 694. Define el estatuto de personales.

DECRETO 526. Se crea la Junta Nacional de Salud que acesora políticamente al SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

DECRETO 2238. Establece el formulario nacional de medicamentos.

En 1976, DECRETO 121 se reestructura la organización del MINISTERIO DE SALUD.

DECRETO 356. Reglamenta la administración y vinculación de las entidades del MINISTERIO DE SALUD, siendo entidades adscritas las de carácter público y vinculadas las de carácter privado.

De la actual administración, siendo ministro de salud el DR. ALFONSO JARAMILLO SALAZAR resalta la actualización, desarrollo e innovaciones jurídicas.

En 1978, DECRETO ley 1002 que reglamenta la ley 10 de 1962 y la ley 52 de 1914 que reglamenta las actividades de la profesión ODONTOLOGICA y ramas auxiliares.

En 1979, ley IX establece el CODIGO SANITARIO NACIONAL que actualiza el campo legal con avances técnicos modernos dando una importancia al individuo y conservando el medio ambiente que lo rodea por resolución 0514 de febrero 5 de 1980 asesorada por decretos emitidos de la Secretaría Jurídica de la PRESIDENCA DE LA REPUBLICA.
DECRETO1468, reglamenta el DECRETO694 de 1975 para hacerlo operante entre ellos los referentes a la creación, supresión y fusión de empleos; proceso de selección de personal; provisión de cargos; iniciación en el sevicio; situación administrativa; retiros de servicios, derechos, deberes y prohibiciones; estímulos; régimen disciplinario; comisión de personal.

En 1980, RESOLUCION 11632 establece normas sobre el servicio social obligatorio en MEDICINA, ODONTOLOGIA, MICROBIOLOGIA, LABORATORIO CLINICO, BACTERIOLOGIA, LICENCIADO EN ENFERMERIA, ENFERMERIA GENERAL Y TECNICO EN ENFERMERIA.

1.2. Objetivos del Sistema Nacional de Salud

Se identifican el objetivo general, como la definición de la totalidad de los próposito por conseguir, y cinco objetivos subsidiarios, como finalidades intermedias que son el camino para alcanzar el objetivo general

Objetivo General

Responder eficazmente a las necesidades reales de salud en el país, mediante la integración del conjunto de la capacidad real y potencial operativa de las entidades que tengan como finalidad especificas procurar la salud de la comunidad, de manera que se garantice la utilización productiva de los recursos disponibles.

Para ello el sistema Nacional de Salud se instrumenta con procesos de :

1.3. Politicas Del Sector Salud

Dentro de las políticas generales de desarrollo se encuentran las siguentes politicas especificadas para el sector salud

- Convertir al Sector Salud en un instrumento de progreso social, eliminando las desigualdades que existen en materia de servicios relacionaldos con la promoción de la salud, para lograr su más alto grado y contríbuir así al desarrollo de la comunidad.

- Aumentar la cobertura de los servicios de salud a todos los grupos de población, con prioridad al materno-infaltil, al labora, y a las áreas rurales marginales urbanas, por considerarse los más vulnerables.

- Disminuir la morbílidad evitable por enfermedades infecciosas y parasitarias, mediante el incremento de los programas de educación satinaria y de acción preventiva, con énfasis en el suministro de atua potable, alcantarillado y campañas de vacunación.

- Atender, en colaboración con otros sectores relacionados, la conservación y mejoramiento del medio ambiente, incrementando los programs de saneamiento básico, control de alimentos, de zoonosis y de equilibrio ecológico, tendientes a mantener condiciones satisfactorias para la vida humana.

- Integrar a todas las instituciones que presten servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud, orientando mediante un plan nacional de salud todos los recursos disponibles hacia los programas prioritarios.

- Promover el desarrollo institucional del Sector, fortaleciendo los programas de infraestructura necesarios para apoyar eficientemente la prestación de los servicios de salud, y procurando la disponibilidad de los recursos requeridos, de manera que se aumente su capacidad operativa.

- Mejorar las condiciones técnicas y administrativas y los índices de utilización de las entidades de prestación de servicios de salud, estableciendo la regionalización y los niveles de atención, y fortaleciendo el concepto de "Hospital" como unidad básica para comandar la prestación de servicios integrales, igualitarios, permanentes y oportunos.

- Promover la planificación familiar, orientando sobre la responsabilidad de la paternidad y sobre los medios de anticoncepción que, respetando los principios éticos y la libre decisión de la pareja, ayuden a resolver los problemas sociales, económicos, demográficos y de salud de la mujer y la familia.

- Orientar la formación y actualización del recurso humano hacia las necesidades nacionales y la conformación de equipos multidisciplinarios, haciendo énfasis en la capacitación de personal técnico y auxiliar de manera que pueda asumir funciones delegadas, con el fin de aumentar el potencial de prestación de servicios adecuados a la comunidad.

- Promover y garantizar la racional producción, distribución y consumo de medicamentos en el país, mediante la normalización del registro de productos, el formulario nacional, el control de calidad y precios, de droguerías y farmacias, de manera que se proporciona a la comunidad el servicio de medicación en óptimas condiciones de calidad, efectividad, y economía y se elimine el abuso de productos que causan dependencia sicobiológica.

- Relacionar elejercicio de las políticas de salud con las de los demás sectores, integrando esfuerzos complementarios, para lograr una más sistemática contribución al desarrollo social y ecónomico del país.

- Promover la organización y participación activa y responsable de la comunidad, en acciones integradas con las institucionales del sector, para solucionar las propias necesidades de salud.

Finalizada la exposición de esta segunda, y antes de continuar la ponencia, convendría abrir un diálogo sobre lo expuesto en los factores condicionantes; lo queserviría para comprender mejor el proceso histórico de la administración pública y las políticas que han determinado y orientado la creación del Sistema Nacional de Salud, a la vez que significaría una oportunidad de descanso.

1.4. Planes del Sistema Nacional de Salud

PLANEACION EN SALUD. La racionalización delproceso general de toma de desiciones, en función a las necesidades y demandas de la población, ha sido implantada mediante el diseño y aplicación de un modelo de planeación en salud, de acuerdo al sistema económico y social actual del país; tal modelo es el desarrollo del subsistema de planeación en salud, adoptado mediante eldecreto ley 356/75, que define la metodología para el diagnóstico de la situación en salud prioritarios, y la definición de las políticas, objetivos y estrategias para resolverlos.

Aplicando los principios de planeación, se elaboran los planes en salud dentro delcontexto del PLAN DE INTEGRACION NACIONAL, buscando el objetivo de una estructura orgánica del SISTEMA NACIONAL DE SALUD que permita responder eficientemente a la demanda de más y mejores servicios.

1.5. Programas Del Sistema Nacional de Salud

Es la organización de las secuencias de las actividades que rigen la aplicación de los recursos en tiempos, lugares y cantidades determinadas.

Los programs dan organicidad a la actuación en un campo específico dentro de las áreas de especialidad mediante el ordenamiento de la operatividad. Conforme a funciones, estos agrupan racionalmente a las actividades que son las unidades básicas de operación.
Dentro del MINISTERIO DE SALUD la programación la realizan las secciones a nivel regional, los servicios y a nivel local los puestos de salud.

PROGRAMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD requiere de mecanismos de coordinación entre instituciones y programas que le permitan en forma efectiva aumentar la abertura de atención; mejorar la calidad y el acceso a los servicios; desminúir costos; obtener una participación adecuada de los sevicios; evitar la dispersión de los recursos humanos, tecnológicos y financieros.
Uno de los mecanismos sugeridos por la propia ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, es el PROGRAMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD que culmina en una red nacional de programas e instituciones que tiene como objeto genera, apoyar al MINISTERIO DE SALUD en el desarrollo

del SISTEMA NACIONAL DE SALUD, mediante la movilización organizada de los recursos dispersos en el campo científico y administrativo para el desarrollo de las estrategias orientadas a lograr una ampliación de la cobertura de los servicios de salud; mejorar la calidad de los mismos y lograr mayor economía y productividad del sector.

1.6. Subsistemas

EL MINISTERIO DE SALUD, considera necesario ejecutar elprograma a travéx de la implementación de los siguientes subsistemas:

- Sub-sistema Nacional de planeación.
- Sub-sistema Nacional de Investigación.
- Sub- sistema Nacional de Personal.
- Sub-sistema Nacional de Información.
- Sub-sistema Nacional de Suministros.
- Sub-sistema Nacional de Inversiones.
- Sub-sistema Nacional de Supervisión.
- Extensión de coberturas con atención primaria en salud.
- Educación contnuada, Integración docente, Asistencia, Gerencia y Administración en salud.

Los programas dentro de esta área se conocen como subsistemas.

1.6.1. Sub-sistema Nacional de Personal

Regula las acciones sobre el recurso humano en salud, en cuanto:

- Determinación de la cantidad y calidad del personal que requiere el Sistema Nacional de Salud.
- Formación y actualización del personal que labore en el Sistema.
- Selección, recepción, adaptación y ubicación del personal de salud.
- Utilización adecuada de las capacidades de trabajo del personal en salud.

1.6.2. Sub-sistema Nacional de inversión o financiero

El Sistema Nacional de Salud consigue su financiación por dos rutas:
Financiación Interna:

1- Situado fiscal: Corresponde a la parte del presupuesto nacional que le adjudican al S.N.S por niveles seccionales de acuerdo con su población. Regula las inversiones en:

- Construcción, conservación y mantenimiento de hospitales, centros de salud, puestos de salud, acueductos y alcantarillados
- Adquisición de bienes inmuebles para el desarrollo de los programas de salud;
- Formación, capacitación y adistramiento de personal
- Investigación y desarrollo administrativo.

2. Impuestos de licores y cerveza
3. Porcentajes que difieren de Departamento a Departamento que

provienen de las loterias.

4. Convenciones con cafeteros.
5. Impuestos por ley V le identifica la estado apropiación para salud.
6. Impuestos notariales.
7. Aportes departamentales.

La financiación externa se desarrolla a travéz del plán nacional rural en sus programas del DRIN del PAN y de atención primaria de salud.

1.6.3. Sub-sistema Nacional de Suministros

Regula la adquisición, distribución, utilización y control de los bienes inmuebles necesarios para el desarrollo de los planes de salud, en términos de calidad, cantidad, oportunidad y economía.

1.6.4. Sub-sistema Nacional de Información

Regula la obtención y procesamiento de la información sobre:

- necesidades y demandas de la población en materia de salud
- Cantidad y características de las actividades técnicas y adminstrativas que desarrollan las entidades en salud
- Volúmen y caracteríscias de los recursos de salud
- Proyectos y decisiones en salud.

1.6.5. Sub-sistema Nacional de Planeación

Regula los procesos e instrumentos para;

- Conocer objetivamente la situación de salud
- Orientar la formulación de política de salud
- Utilizar adecuadamente los recursos, en concordancia con la política de salud en el plan general de desarrollo del país
- Analizar el efecto de los programas en la salud de la población.

1.6.6. Sub-sistema Nacional de Investigaciones

Regula las acciones referentes a:

- Determinación de prioridades en investigación
- Estudio y aprobación de proyectos de investigación
- Participación de entidades, grupos o personas en investigaciones de salud
- Realización de las investigaciones en salud
- Divulgación de los resultados de las investigaciones realizadas.

1.6.7. Sub-sistema Nacional de Mantenimiento

Requiere identificar, calificar, clasificar, programar y ejecutar

actividades tanto de mantenimiento preventivo como reparativo.

1.7. Estructura Del Sistema Nacional de Salud

Para desarrollar planes y programas el Sistema Nacional de Salud se estructura en niveles y áreas

Niveles de Organización

Niveles de Jerarquización

Niveles de Atención

Niveles de Aplicación

1.7.1. Nivel de Organización

Dividido de acuerdo con la estructura geográfica y político administrativa del país.

Nivel Nacional

Nivel seccional

Nivel Regional

Nivel Local

1.7.2. Nivel de Jerarquización

Se desarrolla de acuerdo con la delegación de autoridad y el

sistema de control que puede existir en cada nivel, por lo tanto se desarrollan dentro de cad nivel de organización.

1.7.3. Nivel de Dirección

La función es normatizar, dirigir, orientar los planes, programas y políticas delsector.

1.7.4. Nivel de Sistematización

La función es la de acumular la información, analizarla y pasarla al nivel directivo para que establezca políticas, planes y programas.

1.7.5. Nivel de Programación y Ejecución

Desglosa, desmenuza y divide el plan de salud en los diferentes programas que de acuerdo con su situación puede ejecutar.

1.8. Niveles de Atención

Estos niveles están conformados de acuerdo a la dificultad de atención que exija la patología presentada, es decir a mayor complejidad será atendida en un nivel superior con recursos adecuados para dar la atención necesaria.

Nivel Local

Atención mínima

Nivel Regional

Atención intermedia

Nivel Universitario

Atención de alta tecnología.

1.9. Areas de Atención

Dentro de estos niveles de atención se encuentran las áreas de atención que son:

1.9.1. Area de Atención a la Persona

Programa materno-infantil

Programa de salud oral

Programa de salud mental

Programa médicos especiales

Programa de inmunizaciones.

1.9.2. Area de Atención a Medio Ambiente

Control de alimentos

Control de zoonesia

Control de desechos

Control de contaminación atmosferica

Salud ocupacional

1.9.3. Area de infraestructura Administrativa

Acción Gubernamental amplia

Acción gubernamental restringida

Acción paciente-profesional

Acción paciente - auxiliar

Acción individual

Ministerio de Salud

Dentro de este proceso de desarrollo de la definición organzicional es la aplicación de las estructuras descritas a nivel nacional del sistema que se concreta en el Ministerio de Salud.

Se reconoce una jerarquización en siete grados de autoridad cuyas denominaciones pueden variar e independientemente de estas circunstancias su equivalencia en la estructura matriz de cuatro niveles se esquimatiza como sigue:

DIRECCION	MINISTERIO DE SALUD	
	1. DESPACHO DEL MINISTRO	
	2. DESPACHO DEL VICEMINISTRO	
	3. SECRETARIA GENERAL	
DIVISIONES	SISTEMAS	SISTEMAS
	PROGRAMAS	
SECCIONES	PROGRAMAS	PROGRAMAS
	FUNCIONES	
GRUPOS	FUNCIONES	FUNCIONES
	ACTIVIDADES	

Este esquema muestra la existencia de una misma actividad de decisión y de información realizada en todos los niveles jerarquicos, pero que se gradúa en sucesivas magnitudes que por las que lo planeado y controlado se traduce en sucesivos niveles de mayor concreción y menor extensión diferenciando así el campo de autoridad, esto plantea la necesidad de establecer una nomenclatura que refleja estos cambios de magnitud.

La que se propone se sintetiza:

- Políticas, teorías, objetivos y metas generales que abarcan el todo y establecen el marco de referencia de los planes.
- Planes teorizan y estructuran la acción por áreas básicas de especialidad que componen la totalidad y que piden la creación de los sistemas.
- Sistemas establecen las diferentes maneras de disposición y relación de los diversos recursos disponibles para la instrumentación de los planes por áreas y dan origen a los programas.
- Programas dan organicidad a la actuación en un campo específico dentro de las áreas de especialización mediante el ordenamiento de la operatividad conforme a funciones.
- Funciones agrupan racionalmente a las actividades que son las unidades básicas de la operación.

CAPITULO II

2. Nivel Seccional

2.1. Identificación

2.1.2. Ubicación y Limitación del área

2.2. Detinición Legal

2.3. Estructura Jerarquica

2.4. Areas

2.5. Objetivos

2.5.1. Generales

2.5.2. Especificos

2.6. Organigrama (estructura organica)

2.7. Organigrama (estructura de servicio)

2.8. Recursos Institucionales

2.8.1. Istituciones asistenciales

2.8.2. Istituciones de Seguridad Social

2.8.3. Istituciones Privadas

2.9. Población Asignada

2.10. Relaciones Istuticionales

2.10.1. Relaciones Internas

2.10.1.1. Vigilancia y Control

2.10.1.2. Personal

2.10.2. Relaciones Externas

2.10.2.1. Financiamiento

2.11. Población

2.12. Organización Adminstrativa

2.13. Situación Educativa

2.14. Situación Economica

2.15. Factores Condicionantes de medio ambiente

2.16. Factores Condicionantes Culturales

2.17. Mortalidad

2.18. Analisis Morbilidad y Mortalidad grupo 5-14 años

2.19. Análisis Morbilidad y Mortalidad grupo 15-40 años

2.20. Morbilidad Hospitalaria

2.21. Los Servicios públicos que inciden en situación de Bogotá

2.21.1. Acueducto

2.21.2. Alcantarillado

2.21.3. Basuras

2.21.4. Control de Alimentos

2.21. 4.1. Carne

2.21.4.2. Leche

2.21.4.3. Verdura

2.22. Programas recientes del servicio seccional de Bogotá.

2.22.1. Financiero

2.22.2. Suministros

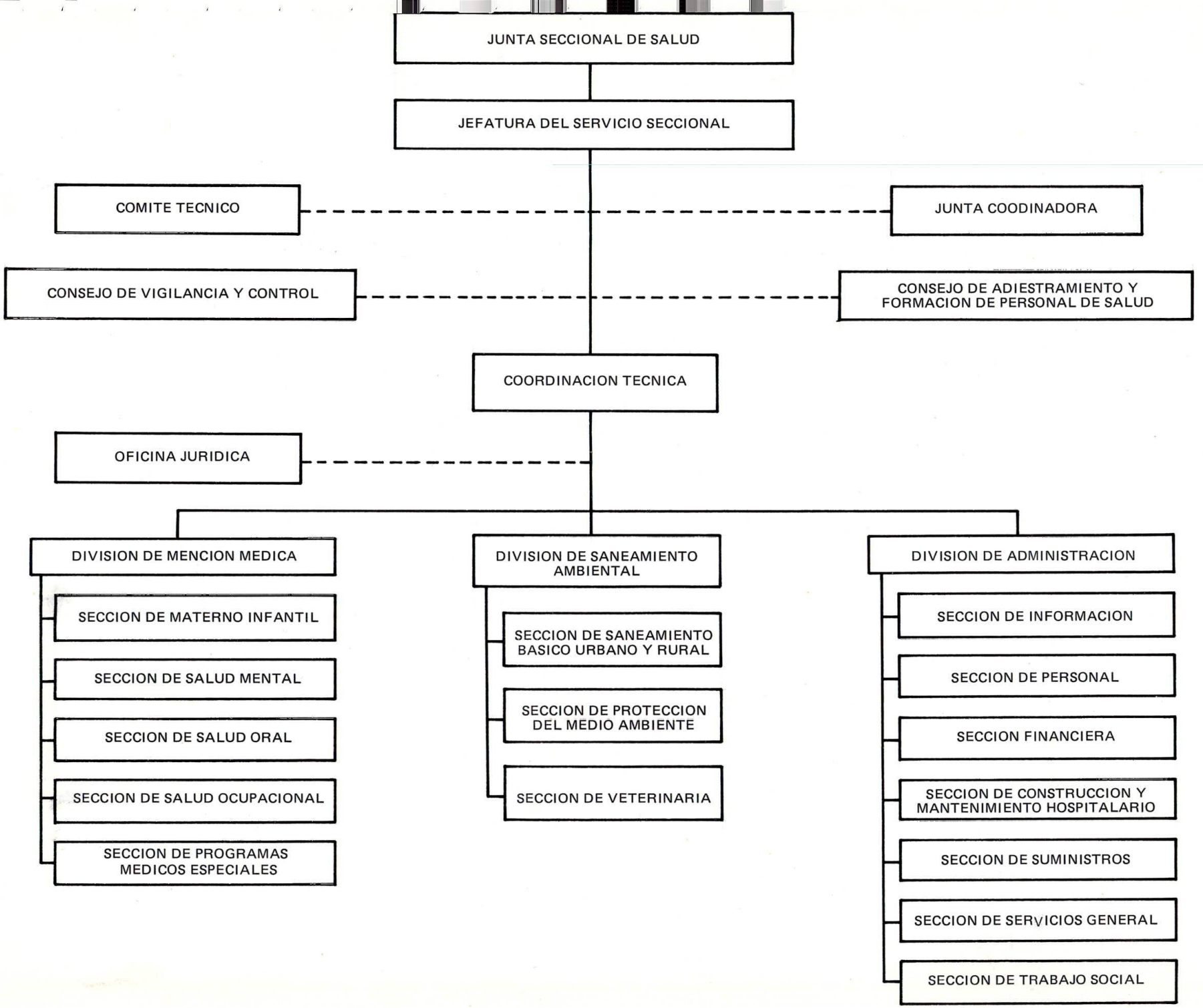
2.23. Conclusiones

INTRODUCCION

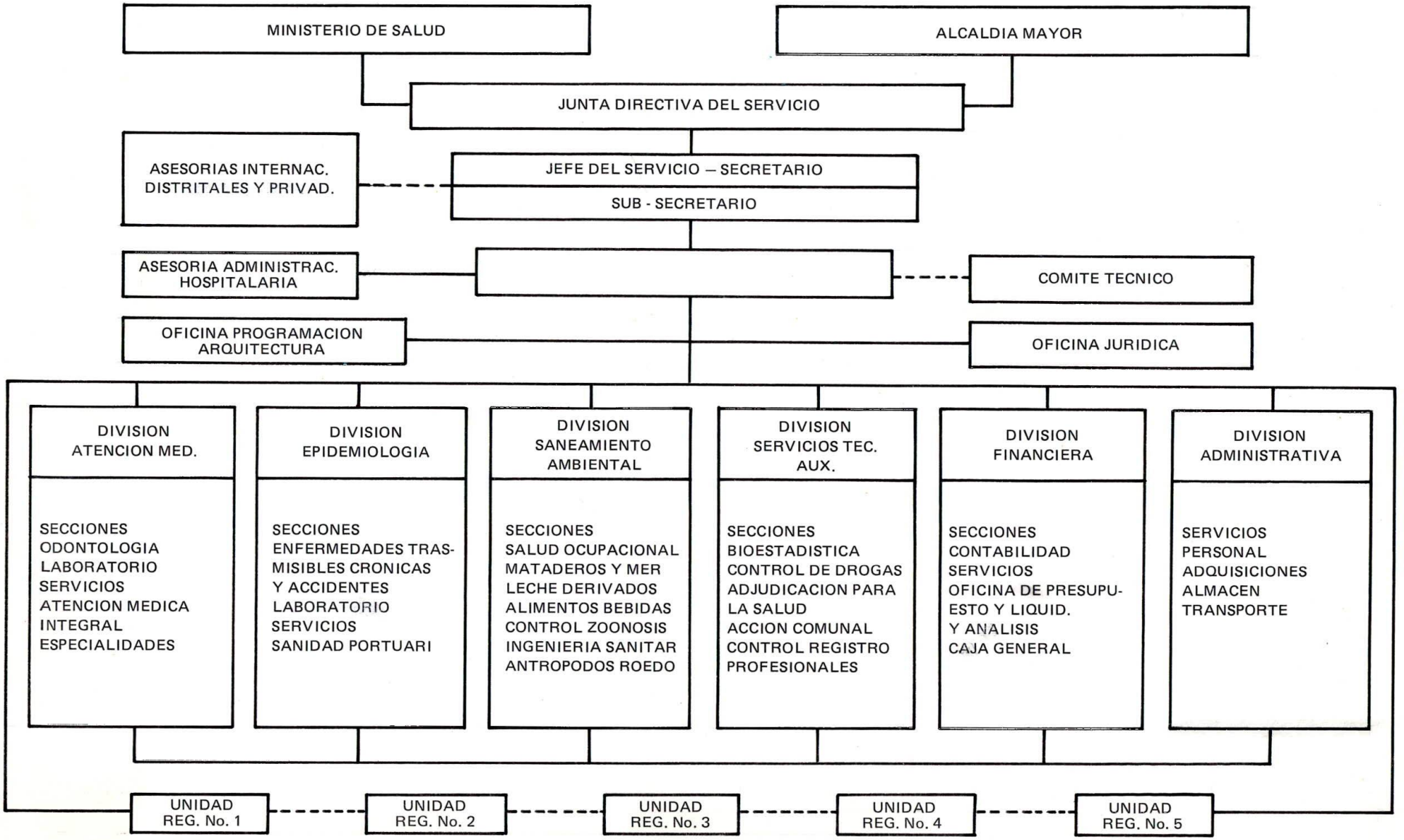
El servicio seccional de salud ofrece servicios de salud a una población asignada que tiene un área de influencia a través de la coordinación de áreas de atención mediante mecanismos de planeación, de organización y control.

Con el objetivo de prestar mantenimiento promover y ofrecer servicios de salud en el que hay una integración armónica de las istituciones para establecer prioridades por programas y redistribución de recursos con el fin de obtener un servicio integral de salud.

Establece una relación docente asistencial que mantinen un vínculo entre entidad hospitalaria y facultad de medicina o paramédica de una universidad ubicando el problema más directamente de la comunidad.


JUNTA SECCIONAL DE SALUD
JEFATURA DEL SERVICIO SECCIONAL
COMITE TECNICO
JUNTA COODINADORA
CONSEJO DE VIGILANCIA Y CONTROL
CONSEJO DE ADIESTRAMIENTO Y FORMACION DE PERSONAL DE SALUD
COORDINACION TECNICA
OFICINA JURIDICA
DIVISION DE MENCION MEDICA
SECCION DE MATERNO INFANTIL
SECCION DE SALUD MENTAL
SECCION DE SALUD ORAL
SECCION DE SALUD OCUPACIONAL
SECCION DE PROGRAMAS MEDICOS ESPECIALES
DIVISION DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
SECCION DE SANEAMIENTO BASICO URBANO Y RURAL
SECCION DE PROTECCION DEL MEDIO AMBIENTE
SECCION DE VETERINARIA
DIVISION DE ADMINISTRACION
SECCION DE INFORMACION
SECCION DE PERSONAL
SECCION FINANCIERA
SECCION DE CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
SECCION DE SUMINISTROS
SECCION DE SERVICIOS GENERAL
SECCION DE TRABAJO SOCIAL

CARTA DE ORGANIZACION DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA



2. Nivel Seccional

2.1. Identificación

2.1.1. Uvicación, limitación del área: El D. E. de Bogotá identifica un área que alcanza 25 Kms. de estensión (sin municipios anexos Usme, Bosa, Usaquén, Fontibón, Engativá, y Suba). El servicio Seccional cubre a Bogotá y municipios anexos.

Bogotá se encuentra a 2.600 Kms. sobre el nivel del mar rodeada por seis ríos y cuatro lagunas. Cuenta con tres áreas de ecología que recorren la zona oriental, sur, sur orienteal. Cuenta con 1.250 barrios en la actualidad.

2.2. Definición Legal

Disposición legal de creación: El servicio Seccional de salud fue para cubrir en servicio de salud a la capital del país en 1954 con el nombre de SECRETARIA DE HIGIENE.

En 1975 la SECRETARIA DE HIGIENE se adscribe al sistema Nacional de Salud con el nombre de SECRETARIA DE SALUD siguiendo el mismo sistema modular. El Servicio Seccional de Bogotá se rige por los decretos 056, 350, 356, de 1975 que establece el Sistema Nacional de Salud y por los contratos efectuados entre el ministerio de salud y el Gobierno Distrital, respaldado por las autorizaciones del consejo de

Bogotá al alcalde mayor en los acuerdos 14 de 1971 y la resolución 001 de 1972 en la que establece que el servicio de salud operará con un fondo financiero con carácter de establecimiento público distrital descentralizado con personería jurídica, con autonomía administrativa y patrimonio independiente cuyo objetivo es la adecuación y desarrollo de las políticas y planes de salud en juresdicción del D.E.

2.3. Estructura Jerarquica

2.3.1. Carácter con el ministerio de Salud

2.3.2. Dirección: Ministerio de Salud

2.3.3. Sistematización: SERVICIO SECCIONAL DE SALUD

2.3.4. Dirección: Jefe del Servicio Seccional de Salud

2.3.5. Sistematización: Coordinador técnico

2.3.6. Programación: Divisiones las cuales toman el nombre de áreas.

2.4. Areas

2.4.1. Area de atención a las personas

2.4.2. Area de atención al medio

2.4.3. Area de Infraestructura administrativa

2.4.4. Ejecución: Secciones y comités asesores:

- Técnico
- Unidades
- Adquisición
- Formación y capacitación de recursos para la salud

2.5. Objetivos

2.5.1. General: Integrar la prestación, el mantenimineto, promoción y evolución de los servicios a la población deldistrito mediante una coordinación en las 3 áreas.

2.5.2. Específicos: - Dar a Bogotá una infraestructura de salud acorde con el tamaño y el crecimiento de la ciudad, una óptima prestación de servicios médicos y hospitalarios para por lo menos el 70% de la población desprotejida.
- Prestación de servicios de salud de manera eficiente y oportuna cualquiera que que sea el lugar de vivienda o trabajo de la población.

2.8. Recursos Institucionales

2.8.1. Instituciones Asistenciales: El servicio seccional de Bogotá cuenta con 63 centros de salud, 5 hospitales comunitarios y 5 hospitales sede de regional

Los hospitales locales comunitarios son:

- La Granja
- Meissen
- El carmen
- Fontibón
- Bosa

De los hospitales locales hay un total de 32 camas.

El de mayor No. de camas es la Granja: 12

El de menor No. de camas es el de Fontibón: 4

El de mayor índice ocupacional es el de La granja: 48.7

El de menor índice ocupacional es Meissen: 15.7

Los hospitales sede de las regionales son:

- Hospital San Ignacio
- Clínica San Juan Bosco
- Centro Asistencial Adriano Perdomo

Otras Instituciones:

- Fundación Prometeo
- Liga Antituberculosa Colombiana
- Instituto de Adaptación Laboral IDEAL
- Centro de Rehabilitación para Adultos Ciegos.
- Fundación cardio infalntil

-FUNDAR

- Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer
- Fundación para la educación Especial FE
- Centro de Rehabilitación y Educación S.M. de la Providencia
- PROPACE
- Clínica Fray Bartolomé de Las Casas

2.8.2. Instituciones de Seguridad Social:

- Caja Nacional de previsión Social
- Caja de Previsión social de Bogotá a nivel de D.E.
- Instituto de Seguros Sociales
- Cajas de Compensación y las instituciones hospitalarias de la Defensa Nacional.

Caja Nacional: Se encuentra afiliados 219.963 empleados oficiales de los cuales 61.688 pertenecen a Bogotá. Para la atención existen 204 médicos de consulta externa, general y especializada, contratadas 8 horas diarias y 157 en atención hospitalaria. La Clínica de la Caja Nacional posee 253 camas.

Caja Distrital: Se encuentran afiliados 180.000 empleados, cuenta con 184 médicos hospitalarios distribuidos en servicios de pediatría obstetricia, medicina interna, cirugía y cuidados intensivos. Posee 184 camas.

Instituto De Seguros Sociales: Cubre una población de 728.945

afiliados y beneficiarios. Cuenta con 1.606 profesionales distribuidos entre médicos generales, odontólogos, directores y otros especialistas; con 2.109 paramédicos entre bacteriólogos, terapistas, instrumentadoras enfermeras y otros auxiliares. Tiene un total de 977 camas propias y 707 contratadas.

Caja de Compensación: Cuenta con varias cajas de compensación familiar las cuales prestan servicios de salud y programas de cooperativismo y recreación.

Las principales son: Colsubsidio, Cafam, Confenalco, Indufamiliar, Compensar, Afidro y Acopi.

Número total de afiliados de las tres cajas: 360.448

Número total de médicos: 150

Número de odóntologos: 99

2.8.3. Instituciones privadas:

El total es de 419

Total de camas disponibles: 343.3

El personal médico y paramédico que trabaja particularmente tienden a realizar actividades en horas de la tarde y de la noche con entidades oficiales. Se cuenta con un número apróximado de consultorios médicos privados de 2.000. La proporción de prestación de los servicios por instituciones privadas en la actualidad es del 10% y se calcula para el año 2.000 un 5% por la tendencia que existe en los seguros sociales

y las cajas de incrementar la prestación de servicios haciendo énfasis; desde el punto de vista instituciona, un desarrollo en los siguientes puntos:

- Adecuación de hospitales locales para lograr capacidad de 100 camas.
- Construcción de hospital de Kennedy con capacidad de 400 camas.
- Confirmación de centros de Salud con consulta especializada.
- Predominio de atención domiciliaria a travéz de la disminución de la permanencia hospitalaria que disminuirá los requerimientos por 1.000 habitantes.
- Hospital La Samaritana
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital Santa Clara
- Hospital San José

El mayor No. de camas lo posee San Juan de Dios: 727

El mayor índice ocupacional la Samaritana: 85%

Los hospitales sede de las regionales tienen un total de: 2.051 camas.

Las instituciones adscritas a las cuales se les financia en instalaciones dotación y personal son:

- Hospital La Samaritana
- Hospital Santa Clara
- Hospital Nacional de Cancerología

Las instituciones vinculadas son:

- Hospital La Misericordia
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital Lorencita Villegas de Santos

- Hospital San José
- Hospital San Ignacio
- Instituto Franklin Delanao Roosevelt
- Clínica San Rafael
- Instituto Neurológico de Colombia
- Fundación Shaio
- Hospital Vecinal de Suba
- Clínica Monserrat

2.9. Población Asignada

La población total es de 5 millones y medio de habitantes de los cuales el 70% se asigna al servicio Seccional de Bogotá. De ésta población el 53.4% son mujeres y el 46.6% son hombres. La población menor de 15 años es del 38.2%. Se calculan 2.200 habitantes por Kms. Cuadrado.

2.10. Relaciones Institucionales

2.10.1. Interna

2.10.1.1. Vigilancia y control: Los objetivos de vigilancia y control deben ser acogidos por la comunidad, por los profesionales de la salud y por todas las entidades que en sus actividades tengan que ver con la salud de la población. Para ésto se

conformó una unidad como apoyo a la coordinación técnica compuesta por las secciones de registro y de control de mediamentos apoyada por el fondo rotatorio de estupefacientes y la de inspecciones legales.

Para lograr estospropósitos se encuentran en proceso las siguientes acciones: Expedición, renovación y revisión de las inscripciones de los profesionales y técnicos de las ciencias de la salud, mediante la utilización de tarjetas de seguridad con vigencia determinada para un mayor control.

Desarrollo interno: Estas funciones de vigilanca y control utilizando computadores para mantenerlas registradas.

2.10.1.2. Personal: En el sistema de personal se tiene en cuenta las áreas de clasificación de cargos, selección del personal, registro, acciones, desarrollo y bienestar social con funcionarios calificados y conocedores del área respectiva. Luego de conformar el grupo de selección se actualizan con base en las fotocopias de la documentación existente en el departamento de relaciones laborales. Se incorporan al computador los datos básicos de las hojas de vida de los funcionarios tanto de la secretaría de salud como los del servicio de salud.

Desarrollo futuro: Para tener información y eficiencia se debe tener una técnica ágil de clasificación:

- Diseñar y establecer sistemas de selección en base a un banco sistematizado de pruega para cada una de las categorías delpersonal

complementando con estudios de aptitud.

- Establecer un sistema racional de promoción ascensos basado en una adecuada evaluación del trabajo y en base al mérito de la persona.
- Diseñar programas de capacitación en servicio.

2.10.2. Externa

2.10.2.1. Financiamiento del Servicio de Salud de Bogotá: Los aportes financieros del estado y la comunidad constituyeron el pilar de la infraestructura de apoyo para prestación de servicios a las personas, las realización de acciones sobre el medio ambiente y su eficiente administración.

A nivel distrital el situado fiscal es una de las importantes fuentes de financiación en el servicio de Salud de Bogotá.

La participación del situado fiscal con relación al presupuesto nacional es muy baja y decreciente año trás año por lo tanto no se han alcanzado a cubrir las mínimas necesidades hospitalarias por lo tanto se deben evaluar y analizar.

La aplicación de fondos se destina a la prestación de servicios hospitalarios y a las entidades de beneficencia más necesitadas pertenecientes al D.E. de Bogotá. El aumento es del 6% además se deben tener en cuenta los gastos hospitalaris que tienen un promedio anual de crecimiento asi:

Servicios personales: 36.78%

Suministros 34.94%

Gastos generales: 38.12%

Además estos porcentajes deben ser reajustados anualmente a causa de:

- La tasa inflacionaria
- La ley del salario mínimo.
- El crecimiento de la población y otros.

2.11. Población

La población estimada para Bogotá en el año de 1905 era de 100.000 habitantes, en tanto para 1981 se calcula en 5'521.000 habitantes. Esto ha sido el producto de una serie de circustancias que han generado cambios poblacionales con grandes repercusiones sobre las condiciones de desarrollo económico y social de la ciudad.

Para Bogotá la tasa de crecimiento poblacional ha permanecido estable relativamente durante los últimos años, cuando se determinó en 7.0 en el período de 1951-1964 y de 6.2 para elperíodo de 1964-1973. Actualmente se mantiene en 6.0% con tendencia a disminuir.

El comportamiento de la población por sexos muestra un ligero aumento de la población femenina (53.3%) y por grupos de edad es marcadamente alta la población menor de 15 años 38.2%, pero con tendencia a disminuir al contrario de la población minoritaria de más de 60 años (4.3%)

con tendencia a aumentar.

Adelantándonos a la Regionalización de Bogotá en el Sector Salud podemos decir que la población se distribuye en la siguiente forma:

Regional No. 1 - San Ignacio - 34.5%
Regional No. 2 - Samaritana - 13.5%
Regional No. 3 - San Juan de Dios - 12.5%
Regional No. 4 - Santa Clara - 15.5%
Regional No. 5 - San José - 24%

La población se organiza por grupos sociales, económicos y arbitrariamente se organizan los sectores salud, educación, Inspecciones de Policía, Bomberos, Plazas de Mercado, Acueducto, Enorgía Eléctrica, Parroquias, lo que conlleva a un desajuste social procedimientos anormales para adquisición de bienes y servicios, disidia por el grupo social primario, deshumanización del apoyo a la base y vértice de la pirámide poblacional y otros aspectos que aumentan las características contradictorias de los sectores de población.

2.12. Organización Adminstrativa

La ciudad está organizada bajo la dirección de un Alcalde Mauor y 18 Alcaldes Menores fiscalizados por el Honorable Consejo Municipal. El

Alcalde domina todos los sectores del área de servicios, identificados por las Secretarías Municipales y los Institutos descentralizados.

Administrativamente está dividida Bogotá en 18 Alcaldías Menores que son:

1- Usaquén
2- Chapinero
3- Santa Fé
4- San Crestobal
5- Usme
6- Tunjuelito
7- Bosa
8- Kenedy
9- Fontibón
10- Engativá
11- Suba
12- Barrios Unidos
13- Teusaquillo
14- Los Mártires
15- Antonio Nariño
16- Puente Aranda
17- La Candelaria
18- Rafael Uribe

2.13. Situación Educativa

Funcionan en el área de influencia del Distrito Especial 345 instituciones de preescolar, 594 instituciones de primaria oficial y 951 institutos de primaria y secundaria privadas.

De acuerdo con las cifras anteriores y teniendo en cuenta que las escuelas destritales funcionan en dos jornadas, a cada escuela le corresponderían 1979 niños, en promedio.

2.14. Situación Económica

La población en edad laboral (15-55 años) es el 55.5% con un acelerado ritmo de crecimiento, se espera que para el período 73/82 el ritmo de crecimiento tenga una tasa de 6.31% anual y que para los años subsiguientes descienda como resultado del estrangulamiento de la base de la permámide poblacional. Para este mismo período se han calculado tasas de 7.63% para mujeres y 5.47% para los hombres.

La población desocupada creció a una tasa anual del 5.17% para hombres y 18.53% para mujeres.

La población desocupada para 1973 era de 106.561 personas, la tasa de desempleo fué de 11% y la población desocupada creció a una tasa de 9.58%

entre 1964 y 1973.

Actualmente se calcula a la población desempleada y subempleada en un 45% de la población económicamente activa.

2.15. Factores Condicionantes del Medio Ambiente

Los factores condicionantes, se ubican especialmente, en un deficiente tratamiento de aguas y a una cobertura insuficiente de distribución de las mismas. Otro factor condicionante y crítico, es el referente a la colección de basuras, se calculó para el año de 1979 un promedio de 1240 toneladas por día que se dejaron de recoger, multiplicando de esta manera los reservarios de gérmenes patogenos causantes de dichas enfermedades.

2.16. Factores Condicionantes Culturales

La falta de educación e información de la comunidad que favorece la incidencia de estas patologías.

Enfermedades respiratorias agudas. Ej. neumonías, bronconeumonías, bronquitis, enfisama y asma.

2.17. Mortalidad

Las patologías predominantes son las diferentes neumonías, Ej: viricas, neumosanicas, bacterianes, etc. Lesiones al nacer y afecciones anoxicoas e hipóxicas. Enteritis y enfermedades diárreicas.

Analisis de la Morbilidad y Mortalidad en el Grupo de Uno a Cuatro Años:

Este grupo comparándolo con el grupo de menores dé un año hay un cambio en cuanto al orden que ocupan los dos primeras patologías, en lo referente a la morbilidad, tenemos que las enfermedades respiratoras agudas y las infecciones del tracto respiratorio encabezan la incidencia, la enteritis y otras enfermedades diárreicas le siguen con muy poca diferencia. Hay que resaltar la aparición de las nuevas patologías, como son la helmintiasis y las enfermedades de los dientes y extructuras de sostén.

Factores Condicionantes

Se pueden aplicar los mismos factores condicionantes que para el grupo de menores de un año. En cuanto a la helmintiasis y a las enfermedades de los dientes y extructuras de sostén, podamos agregar un nuevo factor condicionante que necesariamente aparece en este grupo; como es el económico, y además por que los recursos de que dispone la familia para atender su salud debe ser empleado en patología de tratamientos más urgentes, dirigidos en grupos de menores de un año en su núcleo femenino.

Análisis de Mortalidad en El Grupo de uno a cuatro años:

En este grupo podemos decir que las dos primeras enfermedades causantes de la mortalidad, son neumonías y enterítis y son las mismas que para el grupo de menores de un año.

Encontramos una patología que no deberá aparecer como es el sarampión; causada por una insuficiente cobertura inmunelógica que alcanzó sólo al 30% de la población susceptible al daño de el año de 1978.

2.18. Análisis de la Morbilidad en el Grupo de Cinco a Catorce Años

Existe una característica importante y degna de resaltar, en cuanto a nuestra fprofesión toda vez que en este grupo etéreo se presente una patología que siendo de baja letalidad alcanza dimensionesiones exageradas en cuanto a la morbilidad.

Se presenta una marcada incidencia de una patología sobre la cual el Servicio Nacional de Salud sólo interviene indirectamente, como son los daños causados por los vehículos automotores que en cambio otros sectores si tienen una acción directa.

2.19. Analisis de La Morbimortalidad en el Grupo de Quince a Cuarenta y cuatro Años- Obstétricas

La tercera parte de la morbilidad total está dada por este grupo stario.

Este es el grupo de menor tasa de morbilidad. Es decir que es el grupo que más demanda servicio. La morgilidad en este grupo tiene un predominio claro femenino; en efecto la razón de morbilidad de mujeres/hombres es de 3 a 1 el predominio femenino se explica en parte por el alto riesgo de mujeres a sufrir afecciones del aparato genito-urinario, ya que estas afecciones ocupan elprimer lugar dentro de la morbilidad del grupo. Además en parte podía influir elhecho de que siendo este el grupo de población económicamente activa donde exista un predominio de hombres cubiertos por la seguridad social.

Análisis de la Morbimortalidad en el grupo de cuarenta y cinco y Mas Años:

El patrón de morbilidad es el clásico patrón de morbilidad de la zona desarrollada, es decir el predominio de enfermedades degenerativas, lesiones cerebro vasculares y cardiovasculares.

Debido a la alta letalidad de estas efermedades el patrón de morbilidad es semejante al de la mortalidad.

El conocimiento de factores de riesgos, tales como stress, obesidad hábitos alimenticios, ausencia del ejercico adecuado y el hábito de fumar entre otros, contrata con la poca termología médica afectiva para el tratamiento de las enfermedades producidad por ellas, hecho que justifican el implemento de campaña preventiva por parte del sector salud.

2.20. Morbilidad Hospitalaria

Un tercio de los egresos hospitalarios es dado por datos de partos y abortos de cada cinco partos se produce un egreso por aborto que la mayoría de los casos tiene cierto grado de complicación.

De nuevo los cambios de la extructura de población tendrán un impacto sobre el patrón de egresos hospitalarios, ya que la reducción cada vez mayor de las tasas de fecundidad, implica necesariamente una disminución de los nacimientos.

El resto de las causas de morbilidad hospitalarias son un reflejo aproximado de la morbilidad vista en los diferentes grupos etarios.

2.21. Los servicios Públicos que Inciden en la Situacion de Salud De Bogotá, Son:

1- Servicio de acueducto y alcantarillado, el cual se distribuye a urbanizaciones legales y a urbanizaciones piratas o acentamientos espontáneos, a éstos últimos se les presenta la mayor cantidad de deficiencias por cuanto se presenta con ese carácter.
2- Recolección de basuras, es fiferente ya que la cantidad de deshechos diarios es mayor a la que se puede recolectar.
3- Contaminación atmosférica; Principalmente con monoxido de carbono.

2.21.1. Acueducto y Alcantarillado

El análisis de los factores ambientales nos complementa la situación de salud.

Agua

En relación con el servicio de acueducto existen 4 grupos asi:

Grupo 1: Barrios sin servicio de acueducto dentro del perímetro sanitario con 18 barrios, 5.875 viviendas y aproximadamente 48.800 habitantes.

Grupo II: Barrios sin dificultad de desague y sin agua fuera del perímetro sanitario en el que existen 51 barrios con 5.525 viviendas y una población de 44.200 habitantes.

Grupo III: Barrios con agua pero con dificultad de desague en el perímetro sanitario en el que existen 32 barrios con 2.850 viviendas y una población de 16.000 personas.

Grupo IV: Barrios con servicio de agua y sin dificultad de desagues dentro del perímetro sanitario que representan al resto de barrios.

2.21.2. Alcantarillado

La situación de alcantarillado se presentó asi:

Grupo I: Barrios sin servicios de alcantarillado dentro del perímetro sanitario en el que se encuentran 48 barrios con 52.025 viviendas y una población de 16.200 personas.

Grupo II: Barrios sin servicio de alcantarillado fuera del perímetro sanitario sin dificultad de desague con 11 barrios 2000 viviendas y una población de 26.100 habitantes.

Grupo III: Barrios sin servicio de alcantarillado fuera del perímetro sanitario con dificultad de desague con 22 barrios, 5.525 viviendas y 44.100 habitantes.

Grupo IV: Barrios con servicio de alcantarillado dentro del perímetro urbano.

2.21.3. Basuras

La situación de basuras es la siguiente:

La producción de basura por persona es de 0.8 kilogramos por día, con una producción total de 3.600 toneladas diarias. De las cuales se recolectan 2.250 toneladas en 58 compatadores, volquetas recolectoras, 2 barredores, 1.204 carros de mano, 2 remolques y 2 bulldozer, quedando 1250 toneladas diarias de basuras sin recolectar.

Cabe destacar que la disposición final de basuras se hace mediante el sistema botadero abierto, es decir sin ningún control de tipo técnico sanitario.

Contaminación Atmosferica

El servicio ejerce elcontrol de la calidad del aire en Bogotá a travéz de la red panamerciana de muestreo normalizado del aire la cual mide los siguientes contaminantes.

2.21.4. Control de Alimentos

2.21.4.1. Carne

La cual se proporciona a la población a travéz de los cinco mataderos existentes, tres de loscuales cuentan con frigoríficos, siendo su capacidad de sacrifico de 3.620 cabezas diarias; con inspección sanitaria oficial y particular ante y post-morte. Existen además unos 60 sitios de sacrifico clandestinos de reses, cerdos, chivosy caballos y se suma a ésto elingreso de carnes procedentes de Cundinamarca y Boyacá, que en algunos casos cuentan con los certificados sanitarios del lugar de procedencia y son destinadas alconsumo de plazas mayoristas y salsamentarias.

2.21.4.2. Leche

Tiene un consumo actual de dos millones de botellas diarias, de las

cuales 200.000 se producen en el Distrito el resto en la Sabana y los Valles de Ubaté y Chiquinquirá; más de la mitad de botellas es vendida como leche cruda sin procesar y el resto es procedente de las 14 pasteurizadoras o enfriadores.

2.21.4.3. Verduras

Las verduras y hortalizas con una producción diaria de 22 toneladas, constituyendo el apio un 70% de la misma, tienen gran venta en San Andrés, la Costa y Centro América.

El grán problema consiste en que su riego se hace fundamentalmente a espensas del Rio Bogotá, cuyo grado de contaminación es bien conocido por todos.

La Alimentación y Nutrición. Son dos factores necesariamente relacionados; ninguno de los dos se puede calificar como óptimo, por que casi todos los alimentos carecen de características necesarias que permitan a la población gozar de una buena nutrición.

2.22. Programas Recientes del Servicio seccional de Bogotá

En el Servicio Seccional de Bogotá, existe una unidad de apoyo, para cumplir con los fines de vigilancia y control compuesta por la Sección

De Registro y Control de Medicamentos, finalidad mediante la ayuda permantente del Area de Atención a las Personas y Atención al Medio, los cuales dan las observaciones y las informaciones técnicas necesarias para determinar la existencia de desviaciones en el cumplimiento de las normas e imponiendo en forma acertada sanciones según escala de gravedad.

2.22.1. El Sistema Financiero

No se adapta a la demanda de sevicios; actualmente se ha implementado un sistema de Costos en los hospitales, teniendo en cuenta compatibilidades y un proyecto financiero que analiza la consistencia del capital que compone elpresupuesto.

El sistema, busca un conjunto de datos con el fin de facilitar el manejo financiero del Sector Financiero a través de normas, procedimientos e instrumentos de presupuesto, utilizando como instrumento información para la racionalización de losprocesos de decisión, facilitando, la ejecución de políticas.

2.22.2. Los Suministros

Se obtienen del presupuesto, por esto se han conformado y publicado catálogos en la forma que lo requieran las entidades, estandarizando los insumos a ser utilizados. Otro elemento, además del catálogo, e el

registro de proveedores, existen también normas y procedimientos de suministros.

2.23. Conclusiones

1- Además de los factores condicionantes, preestablecidos para la morbilidad, podemos agregar para ambas, la insuficiente atención médica a nivel de precausión y asistencia.

2- Falta conocimiento sobre la oferta de servicios por áreas, desarrollando programas según las necesidades de la comunidad.

3- Siempre se debe tener en cuenta el criterio de la comunidad, el aspecto económico para llegar a una relación verdadera entre costo y beneficio.

4- Las entidades que tienen que velar por el mantenimiento de las condiciones sanitarias deben en forma conjunta y definitiva resolver los problemas sanitario e hidraulico que lo aquejan.

CAPITULO III

3. Unidad Regional Santa Clara

3.1. Delimitación Geografica

3.2. Barrios que componen la Regional Santa Clara

3.3. Centros de Salud y Dispensarios

3.4. Objetivos

3.4.1. Objetivo General

3.4.2. Objetivo Subsidiario

3.4.2.1. Objetivo de Operación

3.4.2.2. Objetivo de Organización

3.4.2.3. Objetivo de Integración de Recursos

3.4.2.4. Objetivo de Desarrollo de los Recursos Humanos

3.4.2.5. Objetivo de Relacionamiento

3.4.3. Objetivos especificos

3.4.3.1. Salud Oral. Objetivos

3,4.3.2. Salud Mental. Objetivos

3.4.3.3. Atención Materno infantil

3.4.3.4. Enfermedades Transmisibles. Objetivos

3.4.3.5. División Administrativa. Objetivos

3.4.3.6. Grupo de Organización y Participación de la Comunidad. Objetivo

3.4.3.7. Vacunación Objetivo

3.5. Programas de la Regional

3.5.1. Atención Oral y Atención Médica

3.5.2. Atención Materno Infantil

3.5.2.1. Hospitalización

3.5.2.2. Consulta Médica

3.5.2.3. Consulta Odontologica

3.5.2.4. Servicios de Enfermería

3.5.3. Atención de Salud Mental

3.5.4. Vigilancia y Control Epidemiologico

3.5.5. Nutrición y Educación

3.5.6. Organismos Administrativos

3.5.7. Grupo de Organización y Participación de la Comunidad

3.5.8. Vacunación

3.6. Base Legal de la Unidad Regional de Salud

3.7. Recurso Humano

3.7.1. Hospitalización

3.7.2. Administración

3.7.3. Estadistica

3.7.4. Departamento de Finanzas

3.7.5. Departamento de Suministros

3.7.8. Departamento de Dirección

3.7.9. Departamento de Radiología

3.7.10. Unidad de médicina física y rehabilitación

3.7.11. Departamento de Personal

3.7.12. Recursos Humanos Servicio Seccional de Salud de Bogotá Unidad Regional Santa Clara

3.7.13. Recurso Humano Hospital de Santa Clara

3.7.14. Servicios de Hospitalización

3.7.15. Sección de Atención Médica

3.7.16. Servicios Complementarios. Departamento de Radiología y Tratamiento

3.7.17. Unidad de Médicina Física y Rehabilitación

3.7.18. Recurso Fisico

3.7.19. Instrumental

3.7.20. Muebles y Enseres

3.7.21. Recursos Fisicos Hospital sede Santa Clara

3.7.22. Recursos Materiales

3.7. 23. Muebles y Enseres

3.7.24. Los Recursos Fisicos y su Distribución

3.7.25. Areas por Departamentos

3.7.26. Departamentos de Finanzas

3.7.27. Departamento de Servicios Auxiliares

3.7.28. Departamento de Mantenimiento

3.7.29. Departamento de Servicio Social

3.7.30. Departamento de Enfermería

3.7.31. Departamento de Nutrición y Dietetica

3.7.32. Sección de Saneamiento Ambiental

3.7.33. Departamento de Información

3.7.34. Departamento Final

3.8. Utilización de los Recursos

3.8.1. Recursos Humanos

3.8.2. Centro de Salud No. 1 (Olaya)

3.8.3. Centro de Salud No. 12 (Bravo Paez)

3.8.4. Centro de Salud No. 21 (Bosa)

3.8.5. Centro de Salud No. 62 (La Fayett)

3.8.6. Centro de Salud No. 47 (Ismael Perdomo)

3.8.7. Centro de Salud No. 64 (Pablo VI Bosa)

3.8.8. Unidad Regional de Santa Clara

3.8.9. Centro de Salud No. 63 (Alquería La Fragua)

3.8.10. Centro de Salud No. 26 (Alcalá)

3.8.11. Centro de Salud No. 44 (Venecia)

3.9. Población que atiende

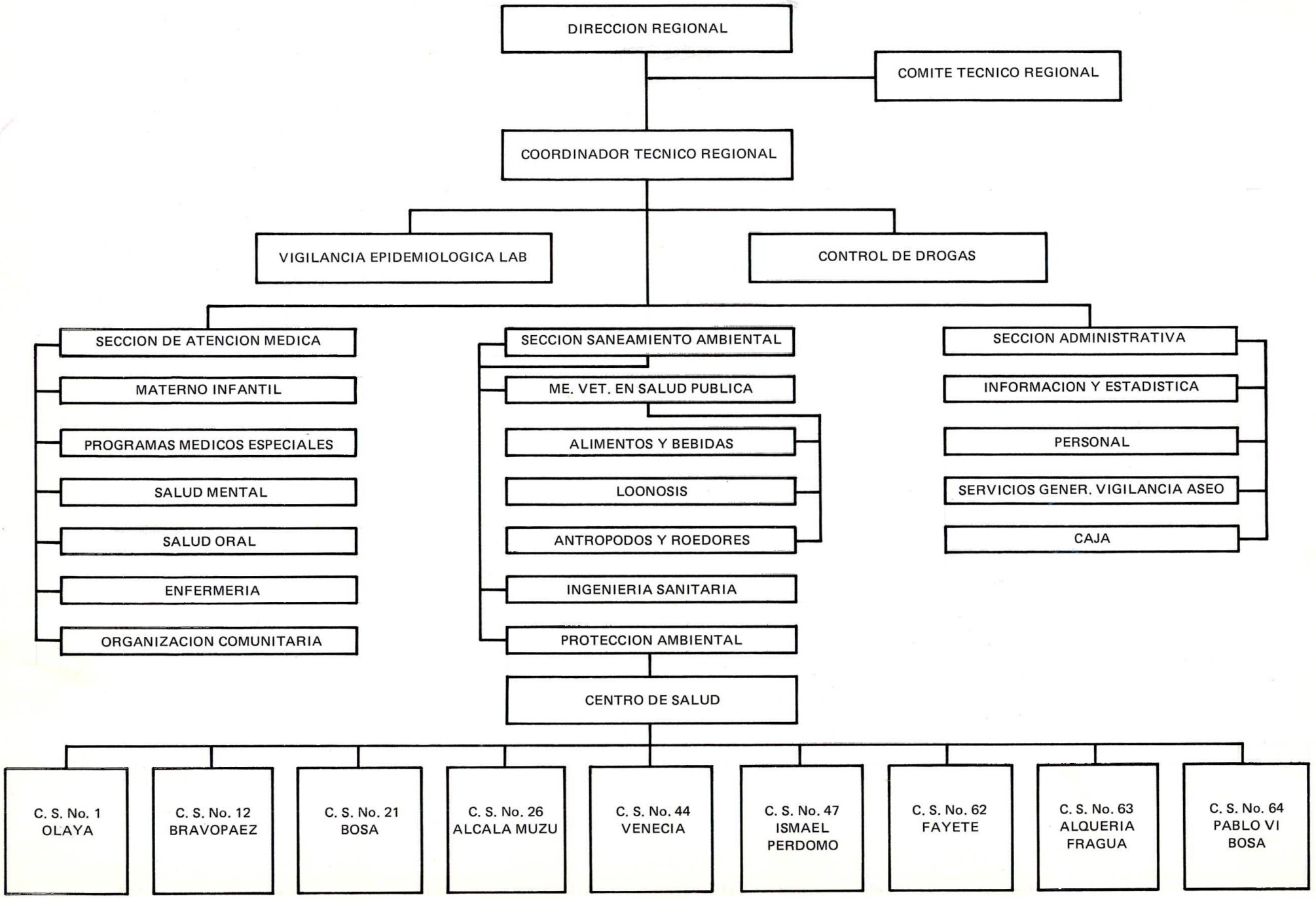
3.10. Sistema de Comunicación

3.10.1. Vía que sigue la Comunicación

3.11. Limitantes de la Regional Santa Clara

3.12. Conclusiones

ORGANIGRAMA REGIONAL CLINICA SANTA CLARA



INTRODUCCION

En este capitulo nos proponemos hacer una descripción lo más clara y precisa de la condición actual de la regional en cuanto a los diferentes recursos: fisicos, tecnicos, finacieros, materiales y humanos y su forma de funcionamiento en atención médica a la comunidad por medio de los servicios que presta.

Lo que representa el modelo resultante de aplicar la extructura del sistema adopatda para el diseño de la organización del sistema nacional de salud.

3.1. Delimitación Geografica

Por el Norte: Rio Tunjuelito hasta la transv. 60 por esta a la avenida Boyacá hasta el cruce con la Av. 1o. de Mayo, de esta a la Av. General Santander hasta encontrar el Rio Fucha, siguiendo su curso hasta la calle 6a. sur con Cra. 22, de allí hacia la Caracas.

Por el Occidente: De la Av. 6a. sur con Caracas continuando hasta la calle 13.

Por el Sur: Bajando por la calle 4a. con Caracas hasta la Cra. 24 de allí a la calle 27 sur bajando por esta a la avenida 19 sur siguiendo hasta la calle 47 sur con Cra. 27.

Por el Oriente: Desde la calle 31 siguiendo por la autopista sur hasta los limites con Soacha.

3.2. Barrios que componen La Regional Santa Clara

Murillo Toro
Eduardo Santos
San Antonio
Luna Park
Restrepo
Franquita
Olaya
Alcalá
Ospina Perez
Ospina Perez Sur
El Tejar
Alquería
Venecia
Alquería de la Fragua

Centenario
Santiago Perez
La Fragua
Santander
San Jorge
Eduardo Rey
Bravo Páez
Inglés
Claret
Villa del Rio
Once de Noviembre
Santa Rita
Ciudad Montes
Villa Sonia
Torremolinos
San Eusebio
El Retazo
Carlos Albán
Floralia
Villanueva
Las Delicias
Venecia Occidental
Rincón de Venecia
Madelena
Perdomo
Perdomo Alto
Nueva Chile
Jardines del Apogeo
El Porvenir
Cazucá
Jiménez de Quesada
La Despensa
San Pablo
Nueva Granada
León XIII

3.3. Centros de Salud y Dispensarios

Centro No. 1 Olaya Cra 21 No. 22-51 sur
Centro No. 12 Bravo Páez Cll. 37 sur No. 25-07
Centro No. 21 Bosa Cll 12 No. 12-68

Centro No. 26	Alcalá Cra 49 No. 37-06 sur
Centro No. 47	Ismael Perdomo Cll 63a sur No. 76-03
Centro No. 62	La Fayette Cll 1B No. 19A-19
Centro No. 63	Alquería-La Fragua Cll40 sur No. 53A-22
Centro No. 64	Pablo VI Transv. 15C Diag 36 s.
Centro No. 26	Alcalá 49 No. 37-06 sur
Dispensario Bosa	Avenida 1a No. 12A-09

3.4. Objetivos

3.4.1. Objetivo General

Integrar la prestación de los servicios, en las áreas de atención a las personas, de atención al medio ambiente y de infrestructura interna mediante el diseño, coordinación y evaluación de programas específicos, que estén en concordancia con la política nacional del sector salud y dentro de los planes seccionales, para responder efectivamente a las necesidades propias de cada región.

3.4.2. Objetivos Subsidiarios

3.4.2.1. Objetivo de Operación

Implementar las políticas nacionales de salud mediante un adecuado

servicio en las áreaw regionales; la coordinación de los servicios, los cuales por medio de la comunicación interregional y la supervisión y auditorías administrativas y médicas sobre la ejecución descentralizada de los servicios en las unidades locales.

3.4.2.2. Objetivo de Organización

Adoptar la estructura de organización base en el hospital sede que garantice la ejecución de los programas propuestos y cuya orientación sea la promoción de la oferta y prestación de los servicios integrados de salud a nivel regional, a través de las unidades locales y de acuerdo con los planes seccionales.

3.4.2.3. Objetivo de Integración de Recursos

Coordinar la programación de necesidades y el adecuado suministro de recursos en materia de salud, cuidando el enfoque de su administración hacia las áreas de mayorcuidado y riesgo para la comunidad en el ambito regional.

3.4.2.4. Objetivos de Desarrollo de los Recursos Humanos

Incrementar el recurso humano a partir de la mayor colaboración de la comunidad regional y local

3.4.2.5. Objetivo de Relacionamiento

Relacionar los planes seccionales de salud y las actividades propias de las entidades adscritas y vinculadas que actúen a nivel local, mediante la comunicación sobre los aspectos de programación, presupuestación y operación de manera que se logre una armonización de la actividad.

3.4.3. Objetivos Especificos

3.4.3.1. Salud Oral, Objetivos

1. Resolver las necesidades de dotación 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 demanda 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 aplicación de cobertura.

9. Alcanzar un desarrollo óptimo de las actividades programadas para la atención, de Salud Oral, mediante la estandarización 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 elementos del sistema de salud para prestacion de servicios
12. Racionalizar la oferta y demanda de servicios dessalud oral en base a las conclusiones de la atención aneterior.
13. Analizar el desarrollo del programa y hacer los ajustes necesarios de acuerdo a los resultados obtenidos.

3.4.3.2. Salud Mental Objetivos

Objetivo General

Crear un sistema que permita incrementar el programa de salud mental del servicio de salud de Bogotá, a fin de resolver los problemas de prevención, tratamiento y rehabilitación que en materia de salud mental tenga la comunidad.

Objetivos Especificos

1. Conocer los problemas de salud mental y frecuencia de presentación en la ciudad de Bogotá.

2. Definir el campo de acción específico
3. Elaborar un sistema de salud mental para Bogotá que permita un adecuado uso de los recursosexistentes.
4. Desarrollar acciones según el establecimiento de prioridades.
5. Sentar las bases para el futuro desarrollo de los programas de salud mental en Bogotá.
6. Establecer las normas de manejo por patología en salud mental
7. Diseñar un sistema de auditoría médica.
8. Diseñar un sistema de información y evaluación de salud mental.

3.4.3.3. Atención Materno Infantil, Objetivos

Objetivo General

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

Objetivos específicos

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 promoción protección hasta un nivel de atención terciaria ofreciendo un máximo de complejidad.
2. Elaborar un plan de capacitación que permita 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 la evaluación y supervisión de la prestación de servicio
5. Se incrementará la labor de información educación a la comunidad con el fin de obtener la capacitación en el desarrollo de programas de salud materno infantil
6. Se hará un evaluación del programa realizado con el fin de elaborar la programación de 1983.

3.4.3.4. Enfermedades Transmisibles, Objetivos

Objetivo General

Implementar un programa de enfermedades transmisibles a partir del diseño del sistema de prevención, atención, tratamiento, control, supervisión asesoría a nivel local, regional, seccional para el año de 1982 en Bogotá D.E.

Objetivos Específicos

1. Actualización de las normas para aumentar al 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 ejecución de programas de prevención.
4. Elaboración de programas de tratamiento.

3.4.3.5. División Administrativa, Objetivo

1. Elaborar un plan de capacitación que permita al equipo asumir las funciones propias de su profesión, delegar y supervisar acciones de menor complejidad.
2. Con el fin de integrar los servicios seccionales materno infantil se establecrá un modelo de dotación según niveles de atención.
3. Se realizará las funciones de evaluación y supervisión.
4. Se incrementará la labor de información y educación a la comunidad.
5. Se hará un evaluación de programa realizado con el fin de elaborar la programación de 1983.

3.4.3.6. Grupo de Organización y Participación de la Comunidad, Objetivo

1. Organizar la comunidad para que ésta participe activament en los programas de salud.
2. Estudia necesidades básicas a nivel de atención médica, odontológica, saniamiento ambiental; para elaborar y ejecutar programas de salud.

3.4.3.7. Vacunación, Objetivo

1. Prevenir el resgo de enfermedad mediante las vacunas a los niños recién nacidos (se lleva a cabo en la clínica y centros de salud

anexos a la Regional No. 4; dos veces a la semana hacen visitas y aplican BCG, Polio, TO, Viruela). También se aplican a escolares.

3.5. Programas de la Regional

3.5.1. Atención Oral y Atención Médica

Se estableción un servicio de consulta odontologica preventiva y asistencias. El servicio asistencialcubre las áreas escolar, obstetríca y otros.

Para salud oralno existen dese el punto de vista de actividades, una clasificación de niveles de complejidad.

En atención médica se estableció servicios en Hospitalidad, consulta médica, enfermería. En el hospital Policlínico de Bosa sólo se atiende partos de bajo riesgo y pequeñas cirugías.

En la Sede de Santa Clara no se presta el servicio de urgencia.

3.5.2. Atención Materno Infantil

3.5.2.1. Hospitalización

Se pretende fomentar programas, conel fin de reducir la mortalidad y morbilidad en el materno infantil, a través de protección y recuperación de salud. Se crearon servicios de hospitalización para pediatría en general, en la sede de Santa Clara, y servicios de parto en la Pliclinica de Bosa.

El hospital de Santa Clara carece de servicios de maternidad esto se remite a otro hospital que no pertenece a la regional.

3.5.2.2. Consulta Médica

Servicios de pediatría, planificación familiar, ginecología, son atendidos por el Hospital Santa Clara.

3.5.2.3. Consulta Odontológica

Servicios preventivos a nivel escolar, servicios asistenciales a nivel escolar u obstetrico.

3.5.2.4. Servicio de Enfermería

Se hace a nivel de planificación familiar y control de prenatal Urgencias

Sólo son atendidas en el Policlínico de Bosa y en los centros de salud.

3.5.3. Atención en Salud Mental

Se crearían sistemas que permitan incrementar el programa de salud mental respecto a las poblaciones de más alto riesgo, a fín de regular los problemas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Por esto se crearon servicios de hospitalización a nivel de consulta médica y simplemente sicología y siquiatría.

3.5.4. Vigilancia y Control Epidemiodógico

Se implementaron programas a partir de deseños de sistema de prevención, atención, tratamiento y control de supervisión.

Se crearon servicios de control epidemiológico. Investigaciones y seguimientos de enfermedades contagiosas en el hospital Santa Clara y en el Policlinico.

3.5.5. Nutrición y Educación

Se crearon servicios de consulta médica y planificación familiar en el hospital Santa Clara.

A nivel de consulta odontólogica se crearon preventivos mediante charlas de educación de salud oral a nivel escolar.

Se establecieron servicios de enfermera para planifación familiar y servicios preventivos, teniendo en cuenta la participación de la comunidad. Por último se educó sobre la atención al medio ambiente.

3.5. 6. Organismos Administrativos

Se organizaríay supervizarían todos los departamentos anexos a esta región. A nivel de consulta médica, el hospital Policlínico y los centros de Salud prestan los mismos servicios según recursos humanos y materiales.

A nivel odontologico el servicio profesional en los dos hospitales y se presta solamente a los internos.

El servicio de urgencia se presta únicamente en el hospital Policlinico y los Centros de Salud.

3.5.7. Grupo de Organización Participación de la Comunidad

Se organizaría la comunidad para que ésta participe en los programas de salud y se estudiaría las necesidades básicas para evaluar y ejecutar programas de salud.

Se crearon servicios preventivos con participación de la comunidad,

se crearon los servicios necesarios.

3.5.8. Vacunación

Se prevería elriesgo de las enfermedades mediante vacunación a los niños recien nacidos que se lleva a cabo en la clínica y centros de salud anexos a la regional; dos veces por semana hacen visitas y aplican las vacunas BCG, Polio, Sarampión, DPT, Viruela.

Respecto a la atención del medio ambiente se hace vacunación contra la rabia, hidrofobia, cistisiscorsis, facciolopsis, trinenitrocis.

3.6. Base Legal de la Unidad Regional de Salud

De acuerdo con la dispuesto en el artículo 19 del Decreto 056 de 1975, el nivel seccional se divide en Unidades Regionales de Salud, que estarán integradas por las unidades ejecutoras:

Hospitales
Centros
Puestos de Salud

y demás entidades que prestan ese servicio de salud, dentro de un área geográfica delimitada por el Ministerio de Salud, de acuerdo con la seccional respectiva.

Las unidades ejecutoras tendrán una organización homogénea en el aspecto técnico y administrativo.

Las unidades Regionales son una ficción legal compuesta por varias unidades ejecutoras.

Cada Unidad tiene un hospital sede.

Las Unidades Regionales de Salud tienen las funciones que le señalan el artículo 21 del Decreto 056 de 1975

a. Formular planes y programas a nivel regional
b. Supervisar y coordinar las actividades de los organismos locales de salud.
c. Realizar las actividades que le delegue el servicio seccional de salud.
d. Aplicar a los organismos locales y de salud el régimen de adscripción y vinculación.

Decreto 356 de 1975
Todos los organismos públicos que prestan servico de salud están adscritos al Sistema Nacional de Salud y dependen administrativamente de los organismos de dirección del sistema.;

Por entidades adscritas est´an los Decretos 056 de 75 y 356/75

Según el ordinal b) del artículo 2 del Decreto 056 de 1975 son entidades adscritas al Sistema Nacional de Salud todas las personas jurídicas de derecho público que presten servicios de salud a la comunidad reciban o no aporte del Estado.

Con base en lo anterior es normas jurídica el :

Hospital Universitario Santa Clara es una entidad adscrita.

1. Centro de Salud No. 1 Olaya : adscrito
2. Centro No. 12 Bravo Páez : adscrito
3. Centro No. 21 Bosa : Hospital Local Comunicatario : adscrito.
4. Centro No. 26 Alcalá : adscrito
5. Centro No. 44 Venecia : adscrito.
6. Centro No. 47 Ismael Perdomo : adscrito
7. Centro No. 62 La fayette : adscrito
8. Centro No. 63 Alquería : adscrito
9. Centro No. 64 Pablo Sexto Bosa : adscrito

Disposiciones Legales Basicas sobre Regionalización :

Decreto No. 350 de 4 de marzo de 1975 :

"Por el cual se determina la organización funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales".

Capitulo II

Artículo 31. En los hospitales sede de Unidad Regional, en los hospitales locales, en los Centros y puestos de salud procederán a crearse comités de participación de la comunidad rural y urbana para el desarrollo de los programas de salud, bajo la coordinación de la respectiva unidad.

Decreto No. 056 de 1975:

"Por el cual se sustituye el Decreto ley No. 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones".

Artículo 20. El Ministerio de Salud de acuerdo en el Servicio Seccional de Salud determinará las Unidades Regionales de salud.

Artículo 21. Las Unidades Regionales de Salud, cumplirán las siguientes funciones::

a. Formular los planes y programas regionales de acuerdo con la politica nacional de salud.
b. Supervisar y coordinar las actividades de los organismos locales de salud.
c. Realizar las actividades que le delegue el Servicio Seccional de salud.
d. Aplicar a los organismos locales de salud el régimen de adscripción o de vinculación que establezca la ley.

Artículo 22. La dirección del Sistema Nacional de Salud en las Unidades regionales corresponderá a uno de los hospitales de la región que se denominará hospital sede de la Unidad Regional, determinado por el Ministerio de Salud de acuerdo con el Servicio Seccional de Salud.

Artículo 23. El Hospital Sede de la Unidad Regional de Salud funcionará como centro de referencia en su nivel y su Director será el Jefe de la Unidad Regional.

Artículo 24. Las Secretarías Municipales de Salud se incorporarán en su funcionamiento al servicio Seccional de Salud.

Artículo 25. Las Unidades Regionales de Salud dependerán técnica y administrativamente del respectivo Servicio Seccional de salud.

Articulo 26. Los Hospitales Universitarios podrán desgnarse como Sede de Unidades Regionales de Salud y actuarán además, como centros de referencia de un conjunto de Unidades Regionales para serviciosaltamente especializados.

Artícuo 27. Los Jefes de Las Unidades Regionales de Salud serán agentes del Jefe del servicio Seccional de Salud para garantizar

el cumplimiento de los planes y programas de salud.

Artículo 28. Las Unidades Regionales de Salud tendrán una Junta Asesora que será la misma del Hospital Sede, cuando sea una entidad adscrita al Sistema Nacional de Salud y estará integrada por:

a. El Alcalde del Municipio de la Sede Regional, o su delegado, quien la presidirá.
b. El Director de la Unidad Regional de Salud o su delegado.
c. Un (1) representante de la comunidad.
d. Un (1) representante de los Hospitales Locales, o de los Centros de Salud.

Artículo 29. Cuando la Sede de Unidad Regional de Salud sea una Hospital Universitario, adscrito al Sistema Nacional de Salud, la Junta Secciona, estará inegrada por:

a. El jefe del Servicio Seccional de Salud o su representante, quien la presidirá.
b. El Decano de la Facultad de Medicina correspondiente.
c. Un (1) representante de los Directores de los Hospitales de la Unidad Regional de Salud.
d. Un (1) representante de la comunidad, elegido según reglamentación
e. Un (1) representante de los profesores de la respectiva Facultad.

Artículo 31. El nivel local está constituído por las unidades ejecutoras

de los programas de salud.

Artículo 32. Los planes y programas de salud de las entidades del nivel local requieren aprobación del Hospital Sede de la Unidad Regional.

Artículo 33. Las entidades del nivel local y del Hospital Sede de la Unidad Regional decidirán, de acuerdo con sus estatutos la disposición de los bienes patrimoniales adquiridos a cualquier título, con excepción de los bienes que les fueran cedidos por entidades de derecho público.

Artículo 34. Los Directores de los Hospitales Locales que funcionen como entidades adscritas al Sistema Nacional de Salud serán nombrados por el Jefe de la Unidad Regional de Salud, de acuerdo con el Jefe del Servicio Seccional.

Artículo 35. Mientras se determinen las unidades Regionales de Salud, los nombramientos de Director de las entidades ejecutoras a que se refiere el artículo anterior, serán fectuados por el Jefe del Servico Seccional de Salud respctivo.

Artículo 36. Los Centros y Puestos de Salud y de Solcorro locales serán dependencias administrativas del Hospital que

determine el servicio Seccional y su personal será nombrado por el Director del Hospital del área del cual dependan.

Artículo 37. A partir del 15 de marzo de 1975, para recibir auxilios o aportes que provengan directa o indirectamente de la nación o del presupuesto de los Servicios Seccionales de Salud, toda institución hospitalaría u organismo de salud adscrito o vinculado al Sistema Nacional de Salud, deberá ajustars a las normas establecidas en el presente Decreto y en las demás disposiciónes sobre el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 38. Para efectos del artículo anterior y del establecimiento de las Unidades Regionales de salud, Las instituciones de utilidad común deberán reformar susestatutos en concordancia con las disposiciones del presente Decreto y las demás sobre Sistema Nacional de Salud.

Artículo 39. Para los efectos del presente Decreto y de las demás disposiciones sobre Sistema Nacional de Salud, el Estado por medio de la Dirección del Sistema Nacional de Salud podrá tomar, en forma transitoria, la dirección administrativa y técnica de los hospitales que por razón de órden público, social, administrativo o técnico, estén funcionando de manera inconveniente a juicio del Ministerio de Salud Pública.

3.7. Recurso Humano

3.7.1. Hospitalización

Médicos Especialistas 25 (de los cuales hay 5 Jefes de Departamento con una secretaria)

Médicos Generales 5

Odontologo 1 De tiempo completo

Bacteriologos 6 (4 de terapia ocupacional de los cuales dos son trabajadoras sociales y 2 fisioterapeutas)

3.7.2. Administración

Administradores 2 (1 interno para estadística, y uno que es mandado por la contraloría)

3.7.3. Estadistica

Hay un Jefe que es Profesional (Economista)

1 Técnico

4 Auxiliares

3 Secretarias

2 Revisoras de Documentos

3.7.4. Departamento de Finanzas

1 Jefe de Contabilidad

1 Tesorero

1 Cajero

1 Auxiliar de Administración Financiera

1 Secretaria

1 Auxiliar de Tesorería

3.7.5. Departamento de Suministros

1 Jefe de Departamento

2 Técnicos de Administración de Suministros

1 Secretaria

2 Auxiliares de Servicios Generales (1 dedicado al Kardex y otra reporta pedidos)

2 Conomas

3.7.6. Departamento de Farmacia

1 Jefe de Unidad

1 Secretaria

3 Auxiliares de Farmacia

3.7.7. Departamento de Servicios Generales

Saneamiento Interno: 1 Jefe
48 Auxiliares de Saneamiento

Unidad de Cocina. 1 Jefe Económa
26 Auxiliares de cocina

Unidad de lavandería: 1 Jefe
20 Auxiliares de lavandería

Unidad de Transporte y
Vigilancia: 4 Choferes
1 Recepcionista

3.7.8. Departamento de Mantenimiento

Unidad de Administración de Planta Fisica:
9 auxiliares de Mantenimiento
Unidad de Administración de Equipos
6 auxiliares demantenimiento
Unidad de Servicio Social
Jefe de Servicio Social
Revisora de Documentos
1 Capellan.

3.7.9. Departamento de Patología

3 Especialistas

1 Laboratorista

1 Auxiliar

1 Citolecnologa

3.7.8. Departamento de Dirección

1 Director de Hospital (médico)

1 Secretaria

1 Conductor

3.7.9. Departamento de Radiología

1 Médico Jefe

2 Técnicos de RX

3 Auxiliares de RX

1 Secretaria

3.7.10. Unidad de Medicina Fisica y Rehabilitación

1 Terapista Fisica

1 Laboratorista

1 Auxiliar de Rehabilitación

2 Instrumentadoras

3.7.11. Departamento de Personal

1 Jefe (Administrador de Empresa)

1 Secretaria

1 Auxiliar de Registros

1 Auxiliar de Liquidación

1 Auxiliar de Administración de Personal

1 Auxiliar de nóminas

3.7.12. Recursos Humanos Servicio Seccional de Salud de Bogotá Unidad Regional Santa Clara M.S.

Odontólogos	2
Médicos generales	6
Médicos especialistas	29
Aux. de Enfermería	73
Enfermeras	7
Auxiliares de Salud Mental	5
Ayudantes de enfermería	4
Auxiliares de Esterilización	3
Servicios Generales	27 en cocina
Saneamiento	1 Jefe 49 personas

Lavandería	1 Jefe 21 personas
Transporte y Comunicación	4 Conductores
	1 Recepcionista
Mantenimiento	2 técnicos de mantenimiento hospitalario, 1 operario de mantenimiento, 1 secretario.
Administrador de Planta Fisica	9 Auxiliares de mantenimiento
Administrador de Equipos	6 Auxiliares de mantenimiento.

3.7.13. Recurso Humano Hospital de Santa Clara

Jefe de Unidad Regional

Secretario Ejecutivo

Chofer mécanico

Sección de atención médica

Fefe de sección

Secretario

3.7.14. Servicios de Hospitalización

Departamento de cuidados máximos:

Jefe de departamento 8h

3 médico especialistas	8h
3 médicos especialistas	6h
2 Especialistas	3h
2 médicos especialistas	4h
3 médicos generales	8h
2 instrumentadoras hospit.	8h

Departamento de Cuidados Intermedios:

4 Especialistas	8h
4 Especialistas	4h
1 Especialista	6h

3.7.15Sección de Atención Médica

Departamento de Salud Mental:

Médico especialista	4h
Médico General	8h
Trabajadora Social	8h
Terapista Ocupacional	8h
Enfermera	8h
9 Auxiliares de enferm.	8h

Departamentos de Cuidados Mínimos:

Médico general	8h

4 Especialistas	2h

Departamento de Consulta Externa:

Jefe de departamento	8h
Médico Especialista	4h
Médico Especialista	6h
Odontologo Rural	6h

3.7.16. Servicios Complementarios Departamento de RX y TTO

Unidad Radiológica:

Médico especialista	3h
Técnico de RX	8h
Auxiliar de Radiología	8h
Auxiliar de Servicios generales	8h

3.7.17. Unidad de Medicina Fisica y Rehabilitación

Terapista fisico

Laboratorista

Auxiliar de rehabilitación

3.7.18. Recurso Fisico

7 Centros de Salud, 2 Puestos de Salud, 11 Consultorios médicos,
1 Consultorio Odontológico.

Ubicación: Cra 15 No. 1-59 sur
Area Total Asignada: 25.345 mts^2
Area Construida: 17.576 mts^2

Equipos:
3 equipos de RX distribuidos asi:
2 en el departamento de RX
1 en consulta externa para examenes de pulmones
1 Equipo de Rx para radiografías
En el laboratorio clínico se encuentran:
6 microscopios y esterilizadoras
En el laboratorio de Anatomía Patologica (Anfiteatro) en este se encuen* tran Nevera para cadáveres y microscopios.
En el laboratorio Pulmonar hay broncoscopios.
En cirugía hay 2 quirofanos con mesas de Cirugía, equipos de oxigeno, lamparas, equipos de anestesia negatoscopios, instrumental y aparatología para realizar cirugias generales y toraxicas, salas de recuperación con equipos para cuidados intensivos y resusitadoras.
En la sección de esterilización hay tres autoclaves.
En Oftalmología hay retinoscopios, oftalmocopios, transiluminadores,

optatipos de letras números y dibujos.

Equipos para Mantenimiento.

Equipos para comunicación: Conmutador.

Equipos para Movilización: Camillas, sillas de ruedas.

En el Departamento de Odontología: Equipo odontológico completo, instrumental para endodoncia, periodoncia, cirugía oral y oparatoria.

En el departamento de cardiología: Fonendoscopios, flurografos y tensimetros.

Hay 6 pabellones con 250 camas repartidas así:

Medicina interna:	3 pabellones
Cirugía	1 pabellón
Pediatría	1 pabellón
Salud Mental:	1 pabellón

3.7.19. Instrumental

Hay instrumental completo para:

Urología, vías respiratorias, cardiología, medicina interna, medicina general, pediatría, cirugía, siquiatría, ortopedía, otorrinolaringología, oftalmología, odontología, (endodoncia, periodoncia, cirugía oral, operatoria).

En el Banco de sangre; neveras, equipos para transfusiones, camillas, centrifugas.

En el departamento de terapia: Equipos para radioterapia, equipos con isopos radioactivos, equipos para fisioterapia, equipo para terapia mental y equipo para terapia pulmonar.

3.7.20. Muebles y Enseres

Escritorios y sillas, archivadores, estantería para droga, bancos para pacientes, estantería para archivo de RX, estantería para archivo de historias clínicas, teléfonos, etc.

3.7.21. Recursos Fisicos Hospitales Sede Santa Clara Zona

3.7.22. Recursos Materiales

El hospital Santa Clara tiene dos departamentos

1. Hospitalización
2. Medicina interna

El departamento de hospitalización tiene 250 camas. Este departamento está compuesto por 6 pabellones distribuidos asi:

1. Tres pabellones para medicina interna con sus respectivas especialidades en:

a. Neumología

b. Cardiología

c. Urología

d. Gineco-obstetricia

e. Oftalmología.

En estos tres pabellones existen 178 camas.

2. Un pabellón para salud mental con 10 camas a su cargo.

3. Un pabellón para cirugía con 24 camas a su cargo.

4. Un pabellón para pediatría con 38 camas a su cargo.

Existen 11 consultorios para consulta externa, con su dotación completa para su funcionamiento; y nueve centros de salud.

La regional No. 4 también tiene en Bosa 5 camas especialmente obstétricas.

El Hospital de Santa Clara tiene a su cargo nueve centros de salud. En el hospital existe un consultorio para consulta odontológica, con su equipo e instrumental odontologico completo para su funcionamiento, además tiene el equipo de RX.

Los centros de Salud en total tienen 12 equipos odontológicos, del cual algunos de estos centros tienen dos equipos, solo dos de estos centros tienen dosequipos, solo dos de estos nueve centros poseen

equipos Rx.

Existe además la farmacia en el hospital y una en cada centro de salud, una lavandería para el hospital y otra para Bosa, dos salas para RX; una para consulta externa y otra en sala de hospitalaría, sección de nutrición, una sala de esterilización.

Además existen dos salas de cirugía con dotación completa para su funcionamiento.

3.7.23. Muebles y Enseres

Todas las agencias de salud están dotadas adecuadamente, lo mismo que anualmente cada agencia recibe suministros para su correcto funcionamiento.

3.7.24. Los Recursos Fisicos y Su Distribución.

3.7.25. Areas Por Departamentos.

1. Hospitalización:
   Area Construida: 2.933,25 m^2
2. Urgencias
   Area Construída: 522,375 m^2

3. Consulta Externa		
Area Construida	785.	m^2
4. Cirugía, Partos y Esterilización		
Area construída	331,5	m^2
5. Administración		
Area construida	754.5	m^2
6. Servicios Generales		
Area Construida	1.638,59	m^2
7. Capilla		
Area construida	150.5	m^2
	15.075,25	m^2
Area Total del Terreno	25.896	m^2

3.7.26. Departamento de Finanzas

Jefe de departamento

2 técnicos de Administración de suministros

2 secretarios

2 auxiliares

3.7.27. Departamento de Servicios Auxiliares

Unidad de saneamiento :

Jefe de Unidad

52 auxiliares de servicios generales

Unidad de lavandería y ropería

52 auxiliares de servicios generales

Unidad de transporte, comunicación y vigilancia:

4 choferes mécanicos

Recepcionista

3.7.28. Departamento de Mantenimiento

2 técnicos de mantenimiento hospitalario

Operario de mantenimiento general

Secretario

Unidad de administración de planta fisica:

9 auxiliares de mantenimiento

3.7.29. Departamento de Servicio Social

Jefe de Departamento

Unidad de educación sanitaria:

Unidad de trabajo social:

Revisor de documentos

Unidad voluntariado:

Unidad de servicios religiosos:

Comedador social

Unidad de laboratorio clínico y

Bancos de Sangre:

Médico especialista

6 Bacteriológos

Secretario

Unidad de Anatomía Patológica:

médico especialista 5h

2 médicos especialistas 4h

Laboratorista

Auxiliar de servicios generales

Citologo laboratorista

Unidad de Farmacia:

Jefe de Unidad

2 auxiliares de farmacia

3.7.30. Departamento de Enfermería

Jefe de Departamento

2 enfermeras

3 enfermeras rural

7 auxiliares de enfermería

7 ayudantes de enfermería

Secretaria

3 auxiliares de servicios generales

3.7.31. Departamento de Nutrición y Dietetica.

Unidad de lactario y de cocina:

Jefe de Unidad

26 auxiliares de servicios generales

Unidad de despensa:

Auxiliar de admon y suministro

3.7.32. Sección de Saneamiento Ambiental

Jefe de sección

Secretario

Servicio de administración interna:

Jefe de servicio

Auxiliar de Administración financiera

Auxiliar de biblioteca

3.7.33. Departamento de Información

Jefe de departamento

Técnico de estadística

Auxiliar de estadística

Auxiliar de servicios generales

3 secretarios
2 revisores de documentos

3.7.34. Departamento Final

Jefe de personal

2 secretarios

Auxiliar de Administración general

Auxiliar de servicios generales

Auxiliar de estadística

3.8. Utilización de los Recursos

3.8.1. Recursos Humanos

a. Unidad regional de Santa Clara

Centros de salud.

3.8.2. Centro de Salud No. 1 (Olaya)

Nombre del Cargo	Horario
Médico directo	Tiempo completo
Médico consultante	8 - 11
Médico consultante	1- 4
Odontológo	8 - 11
Odontológo	$1\frac{1}{2}$- $3\frac{1}{2}$
Odontológo	11- 1

Enfermera Jefe	Tiempo Completo
Enfermera Rural	7½- 4
Auxiliar de laboratoriao(II)	7½- 4
Auxiliar de enfermería (III)	7½-4
Auxiliar de enfermería (III)	7½- 4
Auxiliar de enfermería (III)	7½- 4
Analista	7½- 4
Auxiliar de laboratorio (1)	7½-4
Bacteriologa (1)	7½- 4
Secretaria (II)	7½- 4
3 Aseadoras	7½-4
2 Celadores	7½- 4
2 Promotores de saneamiento	7½- 4

3.8.3. Centro de Salud No. 12 (Brava Páez)

Médico director	Tiempo Completo
Médico	8 - 11
Médico	1 - 4
Médico	1 - 4
Odontológo	8 - 11
Odontológo	8 - 10
Odontológo	10 - 12
Odontológo	1½- 3½

Enfermera Jefe	7½ - 4
Auxiliar de Enfermería (III)	7½- 4
4 Auxiliares de enfermería (III)	7½- 4
Analista (I)	7½ - 4
Auxiliar de laboratorio (II)	7½ - 4
Auxiliar de enfermería (II)	7½ - 4
2 aseadoras	7½ - 4
Celadora	7½ - 4
Promotor de Saneamiento	7½ - 4

3.8.4. Centro de Salud No. 21 (Bosa H. L)

Médico director	Tiempo Completo
Médico	8 - 11
Médico	1 - 4
Médico	Tiempo Completo
Médico	4 - 7
Médico	4 - 7
7 Médicos nocturnos	7 - 7
Médico Rural	8 - 4
Odontológo	1 - 4
Odontológo	8 - 11
Enfermero Rural	7½- 4
Auxiliar de enfermería	Tiempo Completo

Enfermero Jefe	8 - 4
8 Auxiliares de enfermería (III)	7½- 4
5 Auxiliares de enfermería (IV)	7½- 4
Analista (I)	7½- 4
Auxiliar de laboratorio	7½- 4
Bacteriologo (I)	8 - 1
Bacteriologo rural	8 - 4
Inspector (I)	7½- 4
4 Aseadoras	7½- 4
3 Conductores	7½- 4
Celador (I)	7½- 4
4 Promotores	7½- 4

3.8.5. Centro de Salud No. 62 (La Fayett)

Médico director	Tiempo Completo
Médico	1 - 4
Médico	1 - 4
Odontologo	8 - 11
Odontologo	1½- 3½
Auxiliar de enfermería (III)	7½- 4
Auxiliar de Odontología (II)	7½- 4
Celador	7½- 4
Celadora	7½- 4

3.8.6. Centro de Salud No. 47 (Ismael Perdomo)

Médico director	Tiempo Completo
Médico	1 - 4
Médico	8 - 11
Odontologo	8 - 10
Odontologo	Tiempo Completo
4 Auxiliares de enfermería (III)	7½- 4
Enfermera Jefe	7½- 4
Analista (I)	7½- 4
Auxiliar de Laboratorio(II)	7½- 4
Inspector	7½- 4
Aseadora	7½- 4
2 Celadores	7½- 4
3 Promotores	7½- 4
Auxiliar de enfermería	7½- 4

3.8. 7. Centro de Salud No. 64 (Pablo VI-Bosa)

Médico director	Tiempo Completo
Médico	8 - 11
Médico	1 - 4
Odontologo	8 - 11
Odontológo	11-1

Enfermero Jefe	8½- 4
2 Auxiliares de enfermería	7½- 4
Auxiliar de laboratorio	7½- 4
Aseadora	7½- 4
Celadora	7½- 4
Celador	7½- 4
3 promotores de Salud	7½- 4

3.8.8. Unidad Regional Santa Clara

Coordinador Regional	8 - 11
Coordinador odontología	8 - 12
Jefe de Saneamiento	8 - 4
Jefe administrativo	Tiempo Completo
Enfermera Coordinadora	8 - 4
Bio-estadígrafa	7½- 4
2 Secretarias (III)	7½- 4
Nutricionista	7½- 4
Asistente de educación para la salud	7½- 4
Supervisor (III)	7½- 4
2 Auxiliares Administrativos (I)	7½- 4
Médico Veterinario	7½- 4
Investigador de Epidemiología	7½- 4

Operador de Equipo (I)	7½- 4
Casero	7 ½- 4
Profesional Técnico de Educación de Salud	7½- 4
Auxiliar de Trabajo Social	7½- 4
Aseadora	7½- 4
Conductores	7½- 4
2 Supernumerarios	7½- 4
Operador de Equipo	7½- 4
Inspector	7½- 4

3. 8. 9. Centro de Salud No. 63 (Alquería- La Fragua)

Médico director	Tiempo Completo
Médico	8 - 11
Médico	1 - 4
Odontologo	1½- 3½
Auxiliar de Enfermería (III)	7½- 4
Analista (I)	7½- 4
Auxiliar de Laboratorio (II)	7½ -4
Auxiliar de enfermería	7½- 4
Inspector	7½- 4
Celadora	7½- 4
Celadora	7½- 4

Aseadora	7½- 4
Odontológo	8 - 11

3.8.10. Centro de Salud No. 26 (Alcalá)

Médico director	Tiempo Completo
Médico	8 - 11
Médico	8 - 11
Médico	1 - 4
Odontologo	1½- 3½
Odontologo	7 - 11
Odontologo	11- 1
Enfermera Jefe	7½- 4
4 Auxiliares de enfermería (III)	7½- 4
Analista (I)	7½- 4
Auxiliar de laboratorio	7½- 4
2 Inspectores	7½- 4
Celador	7½- 4
2 Aseadoras	7½ -4

3.8.11. Centro de Salud No. 44 (Venecia)

Médico Director	Tiempo Completo
Odontologo	8½- 4

Odontologo	7½- 4
Enfermero Jefe	7½- 4
4 Auxiliares de enfermería	7½- 4
Auxiliar de enfermería	7½- 4
Analista (1)	7½- 4
Auxiliar de laboratorio	7½- 4
Inspector (I)	7½- 4
2 Aseadoras	7½- 4
2 Celadores	7½- 4

3.9. Población que Atiende

Población Asignada

No tiene población asignada debido a que a él asisten todo tipo de pacientes de diferentes localidades y de difrentes patologías.

Se pude aproximar el dato de población asignada mediante la sumatoria de las respectivas poblaciones que asisten a los centros de salud que corresponde a la regional.

3.10. Sistema de Comunicación.

La comunicación de la Regional, se hace en parte por vía telefónica;cuentan con una sóla sínea la cual es muy deficiente. La otra vía

de comunicación, es por medio del radio-teléfono que cada puesto de salud y elhospital local poseen para hacer sus solicitudes urgentes.

Pero el medio más importante de comunicación es que cadacentro envíe personal a la Regional y de igual modo la Regional a los Centrospara informarsen de losrequerimientos con respecto a materiales de consumo, devolutivos, de administración y mantenimientos.

3.10.1. Vía que sigue la Comuniciacón.

La Doctora Coordinadora de Médicos, se informa de las necesidades de su departamento de Medicina y de igual forma el Coordinador de Odentología, se entera de lo relacionado con el funcionamiento del Departamento de los Odontólogos y los Auxiliares.

La Enfermera Coordinadora, se encarga de Enfermeras Jefes y Auxiliares.

El Jefe Administrativo, se encarga de las Aseadoras, Celadores y Conductores, y el Jefe de Saneamiento, de los Inspectores de Saneamiento.

3.11. Limitantes de La Regional No. 4 Santa Clara

1. El Jefe de la unidad regional posee desasiada actividad administrativa que lo desliga de las necesidades de los niveles locales.

2. El subsistema de suministros se encuentra centralizado lo cual hace que las adquisiciones so sean agiles y por lo tanto las soluciones no son a corto plazo debido a esto los recursos materiales no llegan en su totalidad o envían algunos no solicitados

3. Hay desproporción entre el total de servicios personales y eltotal de suministros para que ese recurso humano lleve a cabo sus actividades.

4. La centralización del ingreso de personal hace que la extructura organica del nivel regional perda toda autoridad.

5. Falta de comunicación telefonica de la regional con los centros de salud.

6. El sistema salokial es deficiente lo cual produce desmotivación del ejercicio de las funciones y una busqueda de otras entidades para solucionar problemas de ingreso económico.

7. Falta de personal auxiliar capacitado en los diferentes campos.

3.12 Conclusiones Regional No. 4 Santa Clara

1. Por su baja recurso financiero y humano la regional presta en forma deficiente los serviciospor lo tanto solo se atiende diaremente el 10%

de pacientes que solicitan servicios.

2. Hace falta recurso humano profesional, técnico y auxiliar.

3. En odontología no existe clasificación de niveles de complejidad.

4. La falta de cominicación telefonica de la regional con los centros de salud, conlleva a una congestión en la comunicación por radio teléfono.

5. La ampliación de los servicios del hospital regional va disminuyendo el presupuesto de su servicio prioritario que es T.B.C. y demás enfermedades respiratorias.

6. La subutilización del recurso humano conlleva a una perdida de tiempo y descuido de sus labores habituales.

CAPITULO IV

INDICE

4. Nivel Local I

Introducción

4.1. Objetivos

4.2. Estructura de Organización

4. 3. Organigrama

4.4. Ubicación limitación área

4.4.1. Clima

4.4.2. Topografía

4.4.3. Comunicación

4.4.4. Estrato socioeconómico

4.4.5. Area de influencia

4.4.6. Recurso Humano

4.4.7. Actividades

4.4.7.1. Consulta externa

4.4.7.2. Enfermería

4.4.7.3. Nivel oral

4.5. Recurso fisico

4.6. Recursos materiales

4.7. Recursos financieros

4.8. Organización administrativa

4.9. Población

4.9.1. Población total

4.9.2. Población asignada

4.9.3. Población atender

4.10. Empleo

4.11. Vivienda

4.12. Industria

4.13. Participación de la comunidad

4.14. Flujo de pacientes

4.15. Politicas de salud

4.16. Nivel oral

4.16.1. Area preventiva

4.16.2. Area curativa

4.17. Morbilidad - Mortalidad

4.18. Relaciones extrasectoriales

4.19. Relaciones intrasectoriales

4.20. Factores condicionantes

4.20.1. Extrasectoriales

4.20.1.1. Nivel socioeconomico bajo

4.20.1.2. Dieta

4.20.1.3. Nivel cultural

4.20.1.4. Coordinación con otros programas

4.21. Relaciones intrasectoriales

4.21.1. Falta de educación a la comunidad

4.21.2. Falta de recurso humano

4.21.3. Déficit de recursos materiales

4.22. Normas

4.23. Funciones del médico director

4.24. Funciones del médico rurla

4.25. Funciones del médico consultantes

4.26. Funciones del odontologo

4.27. Funciones de la enfermera auxiliar

4.28. Auxiliar de enfermera

4.29. Funciones Auxiliar de odontología

4.30. Funciones de promotores de salud

4.31. Funciones de promotor de saneamiento ambiental

4.32. Funciones Analista

4.33. Funciones Aseadora

4.34. Funciones celadores

4.35. Funciones promotora social

4.36. Subsistema de mantenimiento

4.36.1. Mantenimiento preventivo

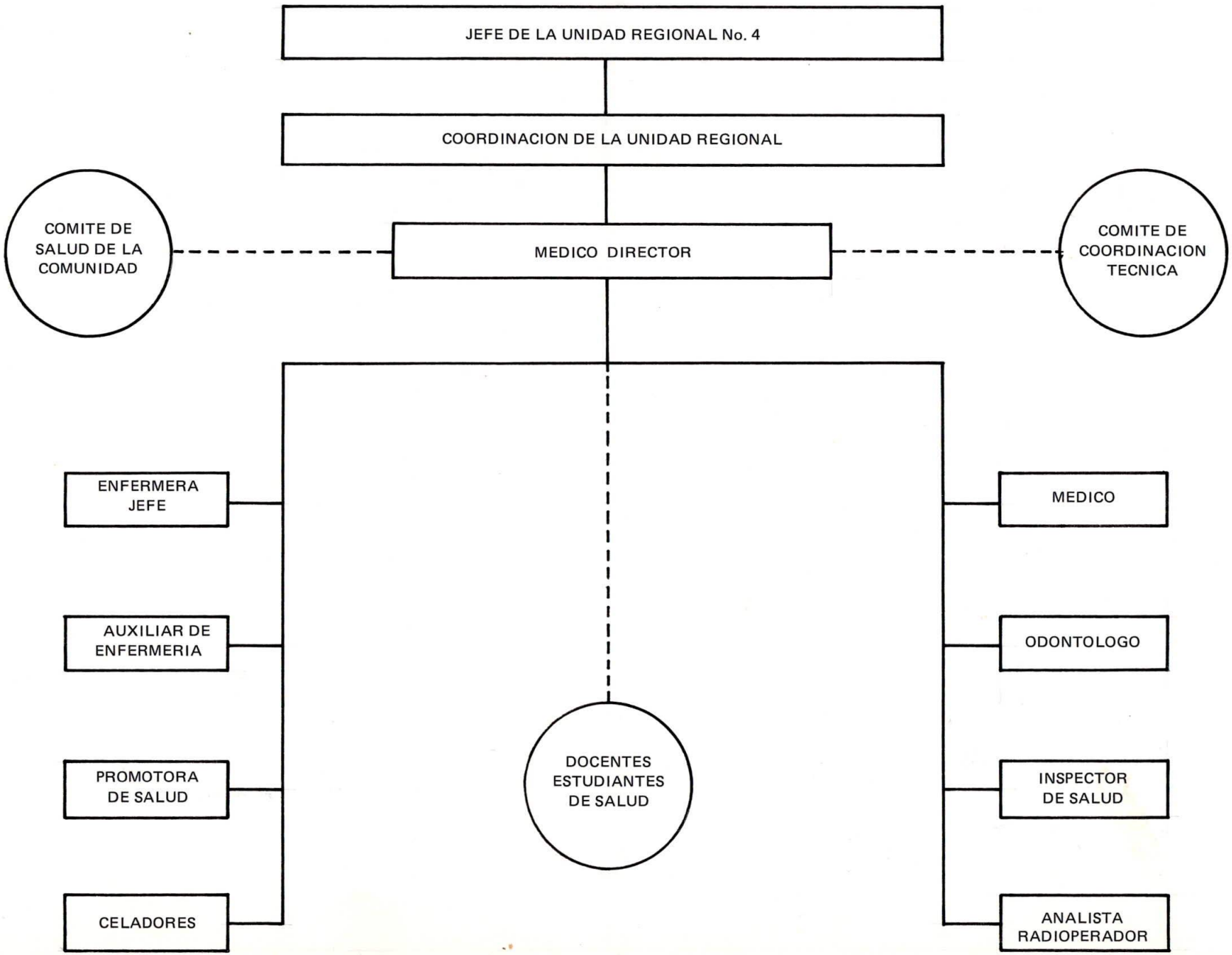
4.37. Subsistema de suministro

4.38. Subsistema de información

4.39. Conclusiones

CENTRO DE SALUD No. 63

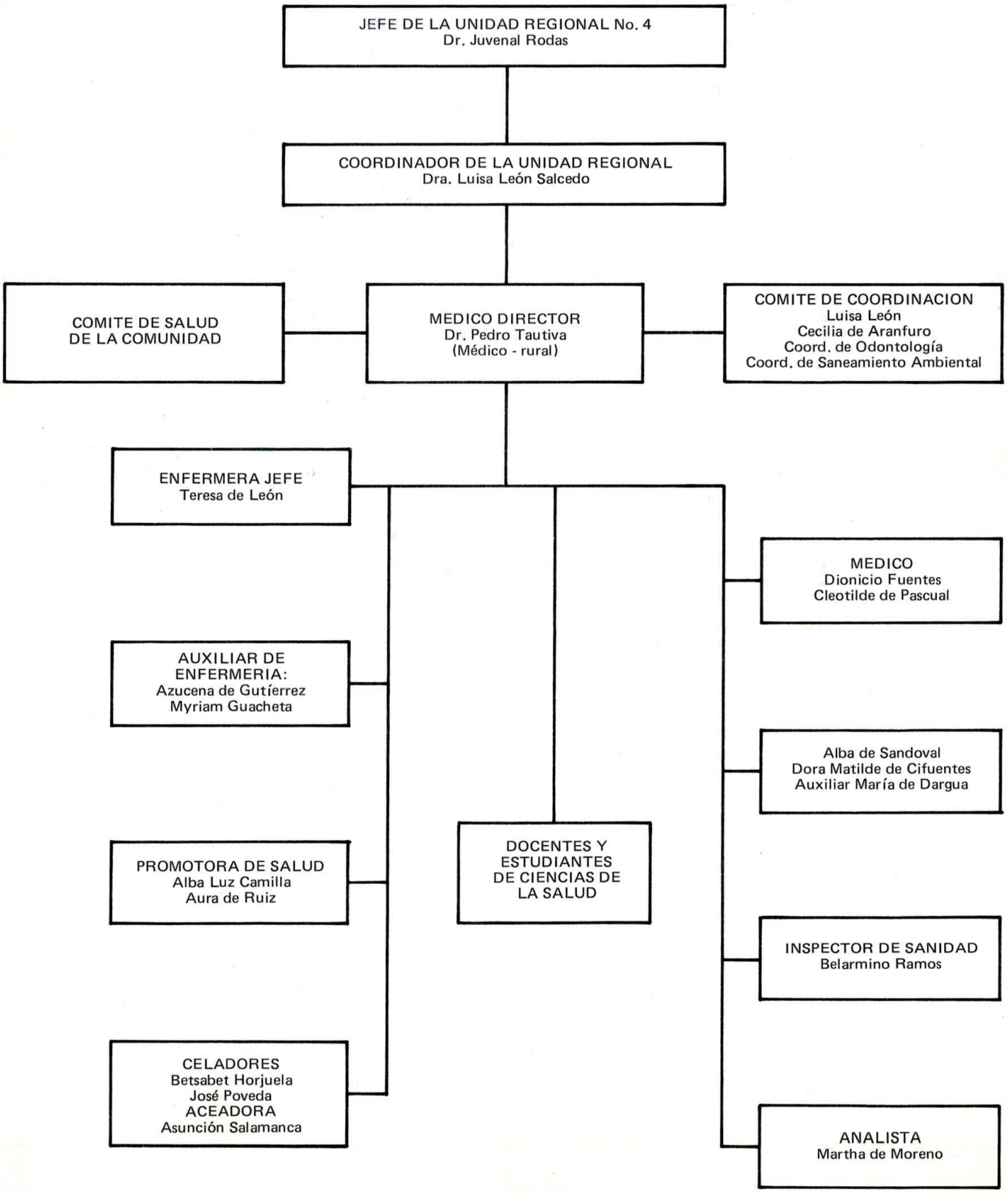
ALQUERIA LA FRAGUA



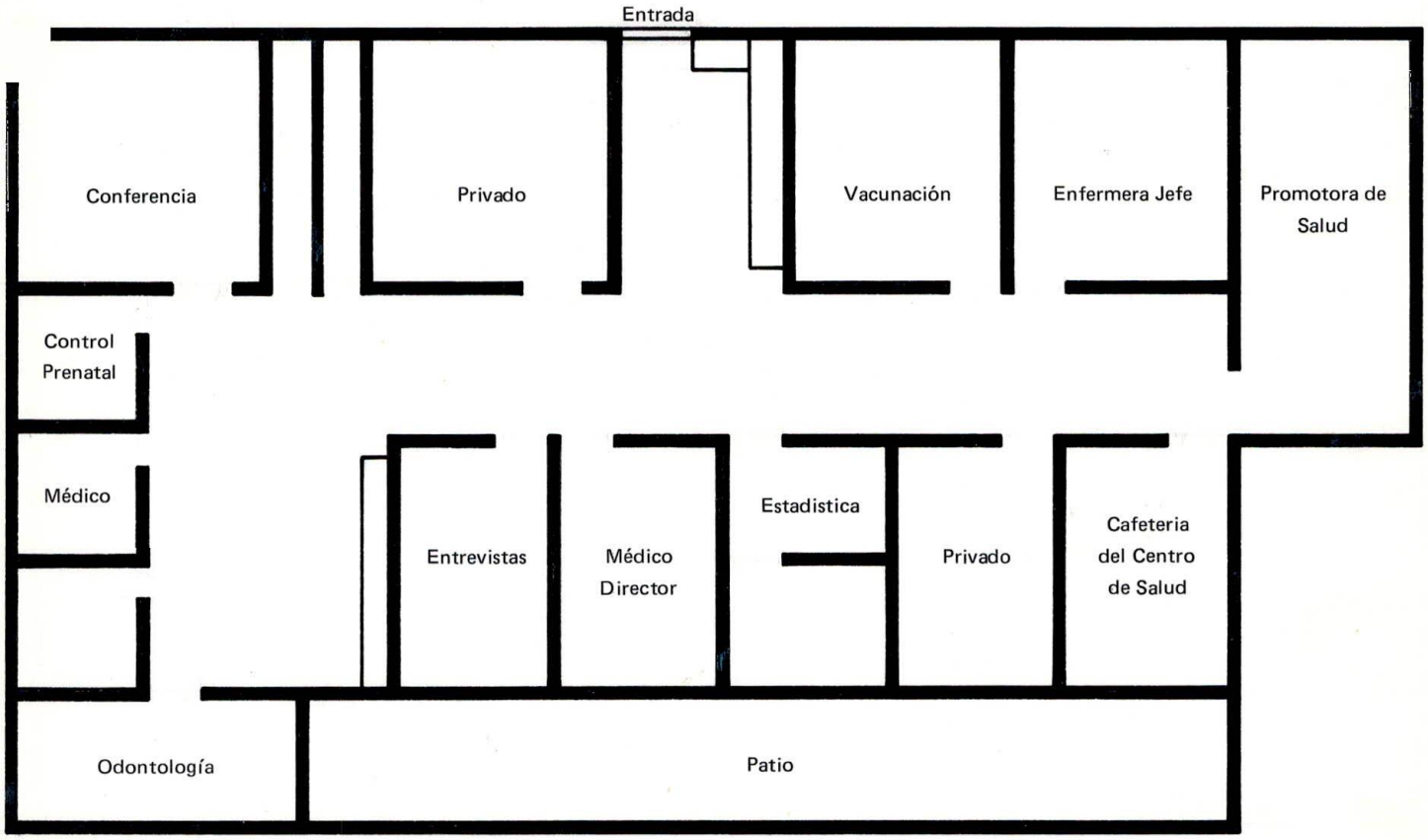
CENTRO DE SALUD No. 63

ALQUERIA – LA FRAGUA

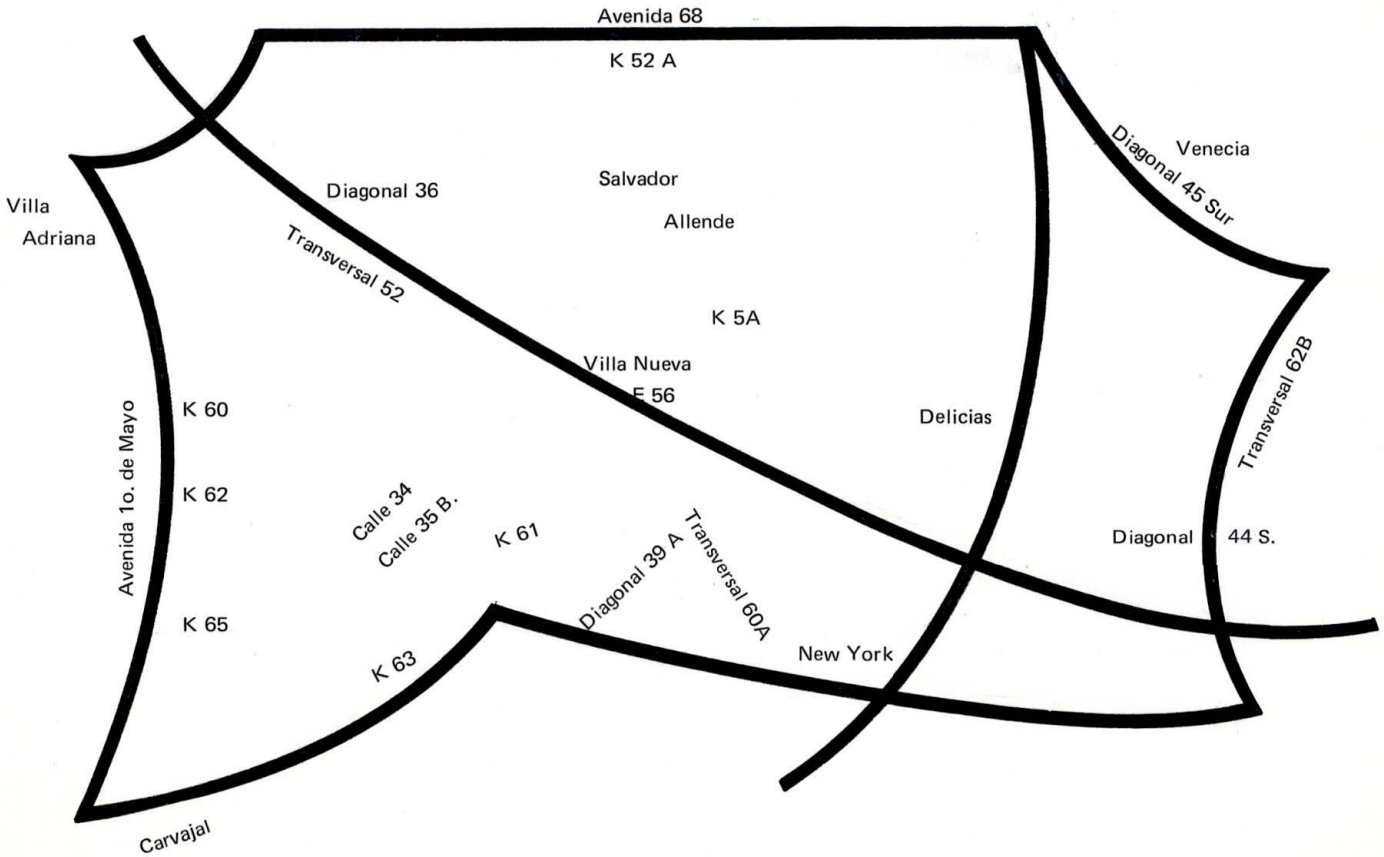
ORGANIGRAMA



CENTRO DE SALUD No. 4 — ALQUERIA LA FRAGUA



CENTRO No. 63 — ALQUERIA LA FRAGUA



4. NIVEL LOCAL

INTRODUCCION

Este somero estudio del centro de salud La Alquería La Fragua pretende dar una información, de la organización y funcionamiento teniendo en cuenta las técnicas de coordinación físico funcional de la infraestructura del centro; para garantizar una utilización adecuada, de los recursos locales y responder en una forma masiva las necesidades de la comunidad.

4.1. Objetivos

1. Modificar las condiciones sanitarias del medio ambiente, para buscar una disminución de la morbilidad y erradicación de enfermedades transmisibles e infectocontagiosas que afectan a la comunidad.

2. Promover, proteger y reparar la salud de la madre impartiendo educación alimentaria y nutricional, garantizando al recien nacido las mejores oportunidades para un desarrollo norma.

3. Proporcionar al niño condiciones favorables de salud física, mental y social; asegurando su perfecto desarrollo.

4. Educar e informar a los conyuges sobre los métodos actuales de planificación, prestando un servicio oportuno.

5. Atender asistencialmente a los pacientes que requieren servicio urgente y suministrar la droga a precio más económico.

4.2. Estructura y Jerarquía

Dirección: Director del hospital

Sistematización: Centro y servicio de salud

Programación: Departamentos y puestos de salud

Ejecución: Unidades de cobertura.

4.4. Ubicación y Limite y Area

Ubicación del Centro: Está ubicado en la calle 40 sur No. 53A-22; Tel: 701812.

Pertenece a la zona 8 regional No. 4 Hospital Santa Clara. Alcaldía menor: Ciudad Kenedy. El barrio está ubicado al sur occidente de la ciudad; limitado por; Avenida primero de mayo, diagonal 40 sur, avenida 68.

4.4.1. Clima

Posee un clima de 12 grados. debido al paso de vehículos pesados se presentan vientos variables, por la avenida 68 y zonas de turbulencia a su alrededor.

4.4.2. Topografía

Es plana y presenta zonas de humedad por falta de alcantarillado.

4.4.3. Principal via de comunicación

Son las avenidas 68 y primero de mayo, se encuentran otras vías

secundarias que están deterioradas por falta de acueductos de aguas lluvias.

4.4.4. Estrato Socioeconómico

Presenta un población de nivel social bajo medio. Parte desu comunidad devengan un sueldo mínimo y encontrando un promedio de 8 hijos por familia. La gran mayoría de la población infantil.

4.4.5. Area de Influencia

El centro cubre 11 barrios que son:

- Villa Nueva
- Alquería la Fragua sector 1
- Alquería la Fragua Sector 2
- Talavera
- Gerona
- Floralia
- Salvador Allende
- Delicias
- Nueva Delicias
- Providencia
- Torres

4.4.6. Recursos Humanos

1. Director
2. Médicos
3. Consultantes oral
4. Odontológos
5. Auxiliar de enfermería
6. Analista
7. Radio operadora
8. Asiadora
9. Inspector
10. Saneamiento
11. Auxiliar de consultorio odontologico
12. Promotora de salud
13. Horario de Actividades:

Consulta general;	Lunes a viernes	7;30 a 12;30
Control prenatal:	" "	8;00
Planificación familiar	Lunes a viernes	8;00
Citologías	Martes	12:30
Vacunación	Lunes y viernes	8:00 a 4:00
Odontología	" "	7:30 12:30
Saneamiento ambiental	Martes y jueves	8:00 a 10:00
Vacunación canina	Viernes	1:00 a 3:00

Todos tienen fornada continua a excepción de odontologos y médicos consultantes. Se ejecutan actividades dirigidas a la comunidad realizando programas desalud según las neceisdades de la comunidad.

El nivel local identifica elconcenso más primario de la atención ensalud; es la primera celula de la formación del sistema nacional de salud. A nivel local la zona es insegura por el desempleo de la juventud, la cual esta didicada a los diferentes vicios. Hay una escuela oficial alqueria de de la Fragua destinada a la educación primaria.

4.4.7. Actividades

4.4.7.1. Consulta externa: Médica y odontologica.

4.4.7.2. Enfermería: Consulta delegada
Control prenatal
Crecimiento y desarrollo

4.4.7.3. A Nivel oral

Todo escolar que solicite atención médica debe ser remitido a la atención odontológica y para llevar a cabo un tratamiento integral.

Los pacientes escolares y ostetricos que solicite a tención o control médico debe ser remitido al odontologo para incluirlo dentro del programa de salud oral.

4.5. Recursos fisicos

La planta fisica construida en un solo nivel sobre 500 metros cuadrados distribuidos de la siguiente manera:

3 consultorios de medicina general

1 consultorio de odontología

1 sala de entrevistas

1 oficina para la enfermera jefe

1 sala de consultaprenatal

1 salón de conferencias

1 oficina para el inspector

1 oficina de estadística

1 recinto para depósito

1 cosina

1 patio

6 baños

Muebles y enseres: - escritorio

Básculas

nevera

archivadores

Comedor

Bancas para paciente

Baños

Gabinetes

4.6. Recursos Materiales

Materiales devolutivos

- Unidad odontológica
- Esterilizador
- Silla
- Amalgamador

Materiales de consumo:

- Fresas
- Eyectores
- Agujas
- Algodón
- Gasa
- Anestesia

Eugenolato

4.7. Recursos Financieros

Está financiado por el ministerio de salud, con un aporte correspondiente para ampliación y remodelación del centro.

4.8. Organización Administrativa

Jefe de salud oral SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA

Coordinador técnico de la reg. No. 4

Odontólogo Gral. Odontólogo Gral.

Auxiliar de consultorio odontológico

Los ODONTOLOGOS GENERALES: Brindan atención de urgencias operatoria, exodoncias, operatoria y médicina oral haciendo los tratamientos lo más completos posibles de acuerdo a los recursos con que cuenta. La auxiliar de consultorio prepara el consultorio, atiende y mantiene el orden de las historias clinicas y formularios, distribuye las fichas, las cuales son repartidas en orden de prioridad así: Las primeras fichas para exodoncia y las siguientes para operatoria, teniendo presente que el turno de las exodoncias puede variar según el diagnóstico y convertirse en tratamiento de oparatoria.

4.9. Población

La población este barrio presenta un nivel cultural muy bajo por la faltta de interés de la gente por adquirir un nivel superior. Dentro delos escasos planteles de educación encontramos que la mayoría son de caracter oficial y un mínimo privado.

BARRIO	ESCUELA	JORNADA
Villa Nueva	Alberto Mejía	Tarde
Antonio Santos	Antonio Santos	Mañana
Alquería	Camilo Torres	"
Argelia	Argelia	"
Alquería de la Fragua	Lyndon Jhonson	"
Ciudad Floralia	Floralia	"

BARRIO	ESCUELA	JORNADA
Chucua	Chucúa	Mañana
Las Delicias	Republica de Filandia	"
New York	Fuerzas Unidas	"
Tabora	Tabora	"
Carvajal	E.A.	Tarde

COLEGIOS A NIVEL PRIVADO:

Monseñor Ismael Perdomo

Ignacio Torres Giraldo

San Andrés

4.9.1. Población Total

No hay datos específicos.

4.9.2. Población asignada:

Grupo de edad

5 a 14 años..... 17.058

15 a 44 años y obstetricios..... 2.119

Otros..... 44.180

4.9.3. Población a tender?

Grupo de edad:

4 a 14 años..... 1.455

15 a 44 años y obstétricas..... 40

Otros..... 30

4.10. Empleo

La población económicamente activa comienza a muy temprañan edad por falta de: Educación

Recursos y empleo

Bienestar

Los ingresos de éstas familias son tan pocos que no alcanzan a cubrir las mínimas necesidades lo cual conlleva a sus integrantes a una delincuencia la cual se ve más asentuada en la juventud.

4.11. Vivienda.

El tipo característico de vivienda en el sector es progresiva y determinada por el ingreso de cada familia.

El origen de la vivienda es la casa lote construida en ladrillo tolete prensado, que en ocasiones solo queda en un piso para luego adaptarlo aumentando la vivienda y dar alberge a mayor número de habitantes.

Lo que ocasiona una mala higiene aumentando el riesgo de enfermedades infectocontagiosas, también causadas por el contacto directo con animales.

4.12. Zona industrial

Las industrias de mayor impactos son:

- Aliños el rey
- Aceite la sevillana
- Calzado la corona
- Modulineas

Uniroyal

Que son causa de contaminación ambiental. A esto se suman las no recoleecciones de basuras, la deficiencia en la red de alcantarillado.

4.13. Participación de la comunidad:

La comunidad participa susproblemas por medio de la junta de acción comunal, estos problemas dan como resultado las altas tazas de morbilidad en las personas y afecta el mayor número de población infantil. Los principales problemas son:

- Pavimentación de calles
- Seguridad social
- Recolección de basuras
- Acueducto
- Alcantarillado

- Recreación
- Aumento de redes telefonicas.

Los habitantes van al centro en busca de una solución efectiva para las enfermedades ya que han acudido al curandero, brujo, empirico sin una solución adecuada.

Actualmente se realizan brigadas los fines de emana para dar solución a los problemas anteriormente citados por medio de las juntas de acción comunal que tienen dialogo abierto con los diferentes ministerio y entidades oficiales.

4.14. Flujo de Pacientes

Este flujo de pacientes se inicia a nivel local luego pasa a una unidad regional y una vez valorado se determina si se atiende o no o se remite a una institución de alto nivel tecnológico. Si es remitido se enviaran los siguientes documentos:

- Hoja de remisión
- Resumen de la historia clinica del hospital

Estudio socioeconómico

- Hoja de remisión establecida en el servicio de salud de Bogota debe ir firmada por el médico, deben serdevueltas diligenciadas al nivel de atención médica.

4.15. Politicas de Salud

Se plantean diferentes políticas como resultado de los problemas de orden ambiental, educativo, y de salud.

Entre estas políticas se le da mayor prioridad alnivel educativo para disminuir el analfabetismo y las consecuencias que este trae.

Otra de las políticas es pavimentación de calles y alcantarillado en el ministerio de obras reposa estas solicitudes.

Se busca aumentar la cobertura a toda la población.

Debido a la negligencia de la clase gobernante la comunidad a dispuesto ciertos sectores para incinerar basuras y desperdicios que no han sido recolectados.

4.16. Nivel Oral

Se realizan actividades finales que se desarrollan en :

diagnóstico

Cirugía : Exodoncias

Operatoria : Obturaciones definitivas

Endodoncia : Pulpotomía

Medicina oral : Analgesicos, antbioticos en procesos infecciosos.

4.16.1. Area preventiva

Se desarrolla en población preescolar y escolar. Este servicio no es muy eficiente debido a la ausencia de personal auxiliar. La técnica preventiva se limita: Educación: Por medio de charlas sobre higiene oral.

- motivación de la comunidad.
- aplicación de sellantes por el odontólogo.

4.16.2. Curativa.

Se realizan los siguientes tratamientos:

- Operatoria dental
- Cirugía
- Médicina oral
- Endodoncia.

4.17. Indicaciones de Morbi-mortalidad

Se tiene en cuenta grupos de poblaciónes específicos:

1. Niños menores de 1 año: Las mayores causas de morbi-mortalidad son:
   - Enfermedades de caracter infeccioso y respiratorio.
   - Patologías relacionadas con la atención del parto
2. De 1 a 4 años: La falta de buenos recursos y de prevención hacen que este grupo sea suceptible a los parasitosintestinales.

También se presentan accidentes de diferente naturaleza, como los causados por explosiones de cilindros de gas, gasolina.

3. De 5 a 14 años: No se tiene unas patologías especificas para este grupo de edad pero es una población que está muy expuesta al riesgo.

4. De 15 a 44 años: La tercera parte de la morbilidad está dado por este grupo; presentando mayor predominio en el sexo femenino, referentes a afecciones del aparato genito urinario.

Otra causa es la agresión personal, en el que se involucran las muertes violentas como los homicidios.

5. De 45 y más años: Predominan las enfermedades de tipo desgenerativo, lesiones cerebro vasculares y cardiovasculares.

En general la probabilidad de enfermar en cada grupo es diferente y las acciones preventivas tiene diferente impacto.

4.18. Relaciones extrasectoriales:

Este centro de salud se relaciona con:

- Instituto Colombiano de Bienestar familiar: Dando charlas a la comunidad sobre temas de nutrición culinaria, modistería, distribuyendo mercados en cada familia.
- Junta de acción comunal del barrio organizado programas que tengan como objetivo el bienestar común de la comunidad.

4.19. Relaciones Intrasectoriales

Se relaciona directamente con el coordinador técnico de la regional.

4.20. Factores condicionantes

4.20.1. Extrasectoriales

Nivel Socio-económico bajo: En general la población del barrio, tiene un ingreso percápita insuficiente que no le permite disponer dinero para la adquisición de los elementos necesarios para realizar la higiene oral adecuadamente.

4.20.1.1. Desnutrición

La población presenta la desnutrición en sus diferentes rados.

4.20.1.2. Desconocimiento de una Dieta adecuada

Dieta alimenticia abundante en carbohidratos, por lo tanto incide en la presencia de caries dental, además de ser de baja calidad por desconocimiento de buenos procedimientos de conservación y preparación.

4.20.1.3. Bajo Nivel Cultural

Debido a que aquellas instituciones que tienen más accesibilidad a la comunidad como son los centros educativos, no se preocupan por motivar a la comunidad a que cambien sus técnicas de higiene oral y las practiquen.

4.20.1.4. Falta de coordinación con otros Programas

En el centro no existe ningún tipo de coordinación con los demás programas del área médica.

El mismo estado se encarga de que la población no le de importancia a la Salud oral y en especial a la parte preventiva, ya que la atención que se presta tan sólo cubre las necesidades mínimas, con déficit de recursos financieros y materiales donde el mayor procentaje de tratamientos corresponde a exodoncias y mínimo a rehabilitación y prevención.

4.21. Intrasectoriales

4.21.1. Falta de Educación a la Comunidad:

El centro, no dispone del recurso humano necesario para realizar la promoción ensalud oral y además del poco recurso con que cuenta no está lo suficientemente capacitado para concientizar a la población del problema existente.

4.21.2. Falta de Recurso Humano para realizar la Técnica Preventiva

En el centro no hay auxiliar de Higiene Oral para desarrollar la técnica preventiva, tansolo la Auxiliar de consultorio realiza esporadi-

camente charlas a grupos de escolares.

Subutilización deltiempo disponible; y de recursos humanos.

4.21.3. Déficit de Recursos Materiales

Los suministros se deberían recibir trimestralmente, según normas del Servicio Nacional de Salud en forma, pero ésto se efectúa retardada y deficientemente.

Falta de motivación y promoción a nivel de la comunidad en Salud Oral.

Siendo la enfermedad periodontal una de las patologías riesgo en odontología no se dá prevención ni tratamiento.

4.22. Normas

Atención odontológica debe estar dirigida primordialmente al grupo de escolares.

Toda consulta odontológica es gratuita.

4.23. Funciones del Médico director

Es el encargado de organizar dirigir y orientar los servicios del

centro hacia la comunidad su horario de trabajo es de 8 horas , nosotros pensamos que es de vital importancia que elmédico director cumplaun horario de tiempo completo, ya que se necesita que este al tanto del funcionamiento de todos los subsistemas especialmente el de suministro y personal ya que existen empleados del centro que dependen directamente del médico director como es el curso de los odontologos, ademas el médico director realiza consulta externa y urgencia.

4.24. Funciones del médico rural

Su función es la consulta externa y urgencia, trabaja tiempo completo según varios conceptos tomados la atención médica funciona por el médico rural.

4.25. Médicos consultantes

Su función es prestar serviciosmédicosa al comunidad, de consulta externa y urgencia

4.26. Odontologo Su función

Su función es la de prestar servicios de consulta y tratmiento odontologico en las dos actividades finales: Tratamiento odontológico y acción preventiva odontológica.

4.27. Enfermera Jefe

Además de su función de enfermera auxiliar en cualquier tipo actividad es la encargada de coordinar todos los servicios de salud que se prestan en dicho centro.

Administrativamente de ella dependen auxiliares de enfermería auxiliar de odontología, promotoras de salud, analísta, promotor de saneamiento, aseadora y celadores.

4.28. Auxiliar de Enfermería

Desempeñan actividades propias de una auxiliar de enfermería, debidamente capacitada, existe un auxiliar de enfermería encargada de los servicios vacunacion e inyectología.

4.29. Auxiliar de odontología

Colabora con elodontologo para la prestación de servicios odontologicos es importante anotar que la auxiliar de odontología depende administrativamente de la enfermera Jefe y tecnicamente del odontologo.

4.30. Promotoras de Salud

Son las personas encargadas de promover los servicios de salud que presta dicjo centro.

4.31. Promotor de saneamiento Ambiental

Su función es la de controlar el medio ambiente. Es el encargado de controlar patentes de funcionamiento de los locales comerciales, control de zoonosis, control de desechos.

4.32. Analista

Recopila todos los sistemas de información en saulud , procesa dichos datos y envía la información al nivel regional

4.33. Aseadora

Es la encargada de mantener en perfecto estado el aseo del establecimiento.

4.34. Celadores

Vigilan y protegen los recursos fisicos del centro.

4.35. Trabajadora Social

Su función es la de orientar, acesorar y educar a la comunidad realizando programas preventivos de educación.

A nive de grupo trabajan con el personal del centro de Salud para mejorar las relaciones interpersonales

4.36. Subsistema de mantenimiento

4.36.1. Mantenimiento preventivo

Diariamente la auxiliar debe conectar la unidad a la red electrica

- Cerrar la llave del drenaje del compresor
- Abrir la llave de entrada del agua a la unidad
- Limpiar y lubricar el airotor
- Limpiar las tuberías de la jeringa del agua y el eyector.
- Lavar y limpiar el eyector antes de usarlo.

Nota: Antes terminar el servicio diario desconectan la unidad de la red eléctrica cerrar la llave principal de entrada de agua y abrir la llave de drenaje del compresor

Semanal mente:

- Lubricar la transmición de las poleas
- Lubricar la pieza de mano y contraanqulo
- Limpiar el filtro de aire del airator.

Quincenalmente :

- Lubricar el torno dentario
- Limpiar el filtro de H20

Mensualmente :

- Limpiar y lubricar la pieza
- Limpiar la lámpara
- Controlar el contenido de aceite de la caja del compresor.

El profesional debe verificar, que todos los puntos del equipo anteriormente mencionados, estén funcionando correctamente, debe informar a la regional, cualquier daño o deficiencia del equipo.

4.37. Susbistema de Suministros

Es lamentable apreciar que siendo este uno de los pilares en el ejercicio de la profesión, es el que más fallas y deficiencias presenta, ya que existen los siguientes aspectos o factores.

- Los materiales son insuficientes ycdn el consumo diario se agotan rápido tal como sucede con los de operatoria.
- Los pedidos se hacen trimestralmente, pero pasan más de 6 sese, sin que lleguen. Los suministros adecuados.
- Los recursos básicos fallan, entre ellos tenemos: baja velocidad;

los cuales limitan algunos tipos de tratamiento.

- No se cuenta con suficiente instrumental, material de endodoncia para desempeñar todas las tareas propuestas.

4.38. Susbistema de información

En el área de información y estadistica son recopilados y procesados los sistemas de información (sis) y la programación del respectivo (P.A.S), la analista es la encargada de llevar toda la información de los seviciosque prestan en el centro mensualmente son enviados dichos datos de la regional

4.39. Conclusiones

4.39.1. El area de atención es muy reducida ya que solo le presta atención a la población infantil y obstetricas dejando sin cubrir, las poblaciones que demandan este servicio.

4.39.2. El nive socioeconómico, educativo, cultural es bajo debido al déficito de recursos humanos, fisico, técnologico y financiero lo que ocasional una gran demando; agravandose la situación por falta de concientización de la población para aprovechar al máximo los pocos recursos con que cuenta.

4.39.3. En lo que respcta a tratamiento odontologico vemos que la exodoncia es el tratamiento que se realiza en un mayor porcentaje; efectuandose también pulpotomias, momificación y operatoria.

4.39.4. Falta de adistramiento y personal auxiliar para realizar técnicas preventivas y motivar a la comunidad.

4.39.5. Un aspecto positivo es que se esta haciendo en el centro de salud una integración de la medicina general con la odontología.

4.39.6. Falta más coordinación con los otros niveles superiores para lograr el máximo de recursos y aprovechar los que existenpara obtener una mayor cobertura y lograr integración entre tratamiento y prevención.

4.39.7. Para lograr buena cobertura se debe tener a la mano todos los recursos para dar mayor atención dando prioridad a los grupos que mas necesitan atención.

4.39.8. Se presentan continuamente fallas en los suministros lo que ocasiona que los tratamientos no se realizen en forma adecuada, y su evolución no sea rápida.

CAPITULO V

INDICE

5.1. Objetivo

5.2. Metas del programa

5.3. Metas del programa a Nivel Local

5.4. Tratamiento odontologico

5.5. Normas especificas de tiempo

5.6. Normas administrativas

5.7. Normas sobre mantenimiento preventivo del equipo

5.8. Sismtemas de atención

5.9. Morbilidad especifica

PRESENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

5.1. Objetivo

Prestar serviciosa la comunidad teniendo en cuenta las necesidades prioritarias por medio del programa que utiliza estrategias para disminuir la mortalidad y morbilidad, incrementando la salud de manera integral y mas especificamente desde el punto de vista cavidad bucal por medio de sus 2 actividades finales: Acción preventiva odontologica y tratamiento odontologico.

5.2. Metas del Programa

5.2.1. Desarrollar programas para el fomento a la salud y protección especifica.

5.2.2. Desarrollar programas par limitación del daño y rehabilitación que den solución a las necesidades de tratamiento del complejo bucomaxilofacial y al mismo tiempo, establece como estrategias:

a. Disminuir la morbilidad mediante el incremento de educación sanitaria y acción preventiva.

b. Brindar a la comunidad un atención integral.

5.2.3. Resolver las necisidades de dotación de las unidades operativas.

5.2.4. Resolver las necesidades de dotación para una mejor prestación de servicios.

5.2.5. Racionalizar la dotación de centros de salud.

5.2.6. Implantar niveles de atención en salud oral para prestar una atención integral a la población que demande el servicio.

5.2.7. Ofrece un servicio meramente de atención.

5.2.8. Dar cumplimiento a las políticas de ministerios de salud.

5.2.9. Adecuar los recursos humanos, a las necesidades y mejorar el nivel de salud a la comunidad que cubre el servicio de salud de Bogotá.

5.2. 10. Aprovechar los recursos extrasectoriales de salud oral que permitan mejorar la calidad de atención, continuidad de los programas y ampliación de cobertura.

5.2.11. Alcanzar un desarrollo óptimo de las actividades programadas para la atención de caries, mediante la estandarización de procedimientos que permitan una atención simplificada y de buena calidad.

5.2.12. Unifica criterios para la organización de servicios y proporcionar un instrumento de consulta, sobre procedimientos y responsa-

bilidades.

5.2.13. Identificar los elementos del sistema salud, para la prestación de servicios.

5.2.14. Racionalizar la oferta y demanda de serviciosde salud oral en base a las conclusiones de la atención anterior.

5.2.15. Analizar el desarrollo del programa y hacer ajustes necesarios de acuerdo a los resultados obtenidos.

5.3. Metas del programa a nivel Local

No mas para actividades finales acción preventiva odontologica.

5.3.1. Procesos básicos:

- Educación oral
- Higiene oral, técnica de cepillado, control de placa bacteriana.
- Aplicación de técnica preventiva, tendrán valor las series terminadas.

5.3.2. Población beneficiaria:

Escolares de 5-14 años

5.3.3. Ubicación de programa escuelas del distrito ubicas en el área de influencia de cad centro de salud

5.3.4. Recursos materiales

- Didácticas
- Socución de Flúor al 2% para aplicarse una vez al año.
- Elementos para profilaxis.
- Sellantes de fisura: Se aplicarán en el consultorio por el odontologo o en su defecto por la auxilir de higiene oral. Se registra en el formulario STS 160 provisionalmente, indicando el tratamiento de de sellantes. Ejemplo: Marcando las columnas 1-2-3-4-9-10-12-13-, identificando el día, el número de la historia del paciente, sección en el año, primera vez y repetida, luego se anotan las atenciones de primera vez, el número de dientes tratados, columna número 12 y 13 y tratamiento de fisuras terminadas.

5.4. Tratamiento odontologico

5.4.1. Todo paciente recibirá la atención odontologica en el menor número de citas posibles, para lo cual se recomienda en lo posible aplicar anestesia local, y trabajar por cuadrantes, con lo cual se tiene menor continuidad y mayor cobertura y cooperación por parte de los pacientes.

5.4.2. Integración de la atención odontológica a la atención médica, mediante el abordaje de la hisptoria clínica y todo paciente que asiste al programa de salud oral.

5.4.3. Se atenderá la consuta odontológica con su definición del diagnostico y plan de tratamiento, los cuales se registran en la historia de atención odontologica. registros médicos SIS 407.

5.4.4. La historia clínica se deberá abrir a todos aquellos pacientes a quienes le adenanten un tratameiento de operatoria, endodoncia, sellantes de fisura.

5.4.5. En caso de atención inmediata O urgencias, se diligenciará la historia odontologica en los diferenciales A y B, identificando diagnóstico con atención brindada.

5.4.6. En el caso de atención programada, se diligenciará la historia odontológica en su totalidad (consulta, tratamiento completo al paciente)

5.4.7. Población beneficiaria: componente de 5-14 años , otros y Obstétricas, tratamiento completo.

5.4.8. Las exodoncias que resultan en el desarrollo de un tratamiento adelantado a escolares y prenatales, serán registrados dentro del mismo.

Nota: se incluyen en el tratamiento de cirugía oral, las exodoncias realizadas en dientes tempora es, como en permanentes, por ejemplo:

Si a un paciente se le ejecutara una ó más exodoncias, como únicas actividades dentro del tratamiento de cirugia oral, una vez realizadas se anotaran en la columna 23, como tratamiento terminado del fel formulario SIS 160.

5.4.9. Para el Subsistema de apoyo, que es información, se dispondrán las novedades que se le efetúan al manual para el diligenciamiento de los registros de tratamiento odontológico SIS 160 y SIS 161, información de atención a las personas en Salud oral.

5.4.10. Los informes estadísticos deben presentarsen en los tres primeros días hábiles de cada mes, a la analista de cada organismo.

5.4.11. Los registros del resumen mensual de ratamiento odontológico, deben venir con la firma y visto bueno del odontólogo responsable.

5.4.12. Los diágnosticos que se consigan en el registro SIS 1, se obtendrán della clasificación internacional de la enfermedades,

5.4.13. La sección de estadística de cada regional, de acuerdo con el coordinador de odontología, vigilará, capacitará, y asesorará al recurso humano para obtener una información fácil y confiable.

5.5. Normas especificas de tiempo

5.5.1 Para los odontólogos coordinadores se tendrá en cuenta eltiempo en horas, dedicado a cumplir funciores administrativas propias del cargo, como: supervisores, evaluación, programs, reuniones del consejo técnico de salud oral a nivel seccional, reuniones a nivel regional y otras.

5.5.1.1. Supervisión: ésta función será realizada por el coordinador de odontlogía de cada regional, en grupos, si es posible en forma individual, a cada odontólogo delnivel operativo, las veces que figua en se programación mensual o de acuerdo a las necesidade. Registrará esta actividad en la gúia para evaluación de servicos de salud oral.
Los coordinadores de odontología, deben presentar a la sección el último viernes de cada mes, el respectivo cronograma de actividades del mes siguiente.

5.5.1.2. Evaluación: se hara en forma trimestral en la respectiva regional, en conjunto con la bioestadística de la sección de estadística.

5.5.1.3. Reuniones: delconsejo técnico de salud oral: Estas se realizarán en el servicio seccional de salud de Bpgptá, o en el lugar designado por éste, en los posibles un día la semas, de acuerdo a un conograma de la seccional.

5.5.1.4. Reunión de odontologos a nivel regional: ésta se efectará con la asesoría deljefe de la sección administrativa, conel jefe de sección administrativa, con el jefe de estadística, delegado de suministro y se tratará los siguientes temas:

- Programación
- Normas
- Estadísticas
- Mantenimiento
- Suministro
- Educación continuada
- Supervisión
- Varios

5.5.2. Para los odontológos del nivel operativo, se tendrám en cuenta el tiempo. dedicado a Administración interna de quince minutos diarios.

5.5.2.1. Par los odontológos del nivel operativo: Cuando el equipo esté fuera de funionamiento, el odontólogo y la auxiliar deben ocupar su tiempo en actividades preventivas, fuera de aquellas ya programadas.

5.5.3. Otros: los demás aspectos que ocurran a nivel de consultorio no permitiendo el normal desarrolllo de las funciones, delprofesio-

nal, tales como: falta de energía, vacaciones, lecencias, etc., serán consignadas en el formulario "Evaluación de tiempo"; y será entregado junto con los resumens mensuales, en la sección de estadística de cada regional.

5.6. Normas Administrativas

5.6.1. Vacaciones: La solicitud de vacaciones debe ser diligenciada por escrito en el formato establecidocon cuarenta y cinco días de anticipación a la fecha solicitada. Dicho formata, debe venir con la firma del médicto director, para ser posteriormente visado por la regional.

5.6.2. Permiso: todo permiso del nivel local, debe solicitarse por escrito al médico director, quien podrá autorizarlo por un día, cuando el mismo posea claras justificaciones.

5.6.3. Licencias: La solicitud de ésta debe ser dirigida por escrito al jefe de personal del servicio, la que se diligenciará con veinte días de anticipación a la fecha solicitada. Esta solicitud debe traer el visto bueno del médico director, para ser tramitada en la regional hacia la oficina de personal.

5.6.4. Se elaboran en los centros de salud(los pedidos), para ser

enviados a la regional, la cual los racionalizará, con asesoría del delegado de suministros; a su vez la regional, elaborará un consolidado y lo enviará a la sección de suministros del nivel central.
Los elementos devolutivos, serán entregados directamente por el almacén general.

Las fechas para entregar la solicitud serán las siguientes:

del 15 al 20 de marzo

de 15 al 20 de junio

del 15 al 20 de septiembre

del 15 al 20 de diciembre

5.6.5. Incapacidades: Cuando la persona se encuentra imposibilitada para laborar por enfermedad, deben diligenciarla lo máspronto posible comunicando el lapso de la misma a la regional.

5.7. Normas sobre mantenimiento preventivo del equipo

La auxiliar debe:

- Cnectar la Unidad con la red eléctrica.
- Cerrar la llave de drenaje del compresor
- Abrir la llave de entrada de agua a la unidad
- Limpiar y lubricar el airator
- Limpiar las tuberías de efrigeración de la airotor
- Limpiar la pieza de mano y el contrangulo.

- Limpiar las toberas de la geringa de aire y de agua
- Lavar y limpiar el eyector después de usarlo.

Nota: Después de terminar el servicio diario, desconcete las unidades de la red eléctrica, cierre la llave principal de entrada de agua y abra la llave de drenaje del compresor.
Semalamente: lubricar la transmisión de las poleas, lubricar la pieza de mano y el contrangulo, limpiar el filtro de aire.
Quincenalmente: lubricar el motor de baja velocidad, limpiar el filtro de agua.
Mensualmente: limpiar y lubricar la pieza de mano y elcontrángulo, limpiar la lámpara de la unidad, controlar la cantidad de aceite de la caja del compresor.
El profesional debe verificar que todas las partes del equipo anteriormente mencionadas esten funcionando correctamente. Debe informar a la regional cualquier daño o deficiencia delequipo.

5.8. Sistemas de atención

Las actividades finales, que llegan a la comunidad comoson: prevención y tratamiento odontológico, que tienden a prevenir, limpitar, restaruara y rehabilitar los problemas de salud oral; a nivel local de se llevan a cabo por medio del: Odontologo

Auxiliar dehigiene oral.

Es decir, es un sistema de atención a cuatro manos, dando especial atención a los tratamientos de operatoria, exodoncia, ya que los demás tratamientos no se llevan a cabo por fallas en el sistema de suministros, mantenimiento, y deficiencia en el recurso básico.

5.9. Morbilidad Específica

Dentro de las primeras cinco causas de patología oral en ésta comunidad tenemos de mayor a menor:

- Caries
- Periodontopatías
- Maloclusiones
- Malformaciones congénitas
- Cáncer oral

Los principales factores extrasectoriales que condicionan éstas patologías son:

5.9.1. El medio ambiente: Tiene muchas dificultades críticas, pués existen problemas de hacinamiento, desaseo, falta de servicios: alcantarillado, luz, agua, vivienda, empleo, contaminación atmósferica, etc.

5.9.2. La población asignada para éste centro No. 47, no tiene

el más mínimo concepto de salud e higiene oral, pués carece de educación y no sabe utilizar los servicios en una forma adecuada.

5.9.3. La comunidad es susceptible a enfermar, por desnutrición a tal grado que los más afectados son la población de 5-14 años, ésto lleva a propiciar un alto índice de morbilidad oral.

5.9.4. Los factores etiológicos de la caries, como de las periodontopatías, son causadas inicialmente por falta de higiene oral coadyuvantes a ésta morbilidad, factores como los anteriormente enunciados.

CAPITULO VI

INDICE

6.1. Analisis

6.2. Evaluación

ANALISIS Y EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORA A NIVEL LOCAL

6.1. Analisis

Sesiones de 1a. vez

En relación a lo programado: El grupo que mayor número de sesiones de 1a. vez presentó fue el de 5 a 14 años le sigue otros y elque menor fue el de 15-44 años.

Con respecto a los realizado: el grupo que mayor número de sesiones presentó fue el de 5-14 años y luego el de otros y el que menor número de seciones presentó fue el de 14-44 años.

Mirando el porcentaje de cumplimiento el más alto es en el grupo de 5-14 años, luego otros y en el que menor porcentaje se presenta es en el grupo de 15-44 años.

Cobertura: En lo que respecta la cobertura programada se observa más alta que la observada en todos los grupos de edad, pero dicha apreciación implica que el porcentaje de sesiones realizados fue menor que la porgramada, sobre todo en el grupo de 15-44 años.

La limitante de la cobertura es el recurso de instrumento disponible.

Concluyendo la ampliación de la cobertura estar relacionad con el

recurso y el grado de uso delinstrumento.

Tratamientos: Se observa que el mayor número de tratamientos iniciados programados se presenta en el grupo de 5-14 años, luego otros y el menor número de tratamientos en el grupo de 15-44 años.

En relación al porcentaje de cumplimiento el mayor se presenta en el grupo de otros luego 5-14 años y el menor porcentaje en el grupo de 15-44 años.

Como conclusión podemos decir que la realización de los tratamientos y su porcentaje de cumplimiento es menor del esperado, solamente se observa un alto porcentaje de cumplimiento en el tercer grupo debido a que los tratamientos programados son pocos y se pueden realizar, en cuanto a tratamientos terminados se puede decir lo mismo.

Continuidad: En el grupo donde más se denota que los tratamientos que se inician se terminan es en el de 15-44 años.

Concentración: La concentración programada tiene prioridad en el grupo de 5 a 14 años siguiendo el grupo de 15-44 y otros.

En la observada se nota una gran diferencia ya que se aumenta la concentración el grupo de 15-44 aiguiendo el grupo de otros y por

ultimo el de 5 a 14 años.

6.2. Evaluación

En el grupo de 5 a 14 años tenemos una población asignada de 10.174 de este grupo solo se llegó a obtener 633 sesiones de primera vez realizadas con un porcentaje de cumplimiento del 66.1% por lo tanto la cobertura que observamos es bastante baja pués solo se llegó a un 6.2% se llegó a un porcentaje de cumplimiento en tratamientos iniciales del 51,3% lo idealsería sobrepasar el 60% en cuanto a tratamientos terminados tenermos un porcentaje de cumplimiento de 33.2% de esto podemos concluir que a medida que se avanza en el cuadro se rompe la continuidad de muchos tratamientos. Hubo una confinidad de 53% la concentración observada fue de 1.1%

En elgrupo de 15-44 tenemos una población asignada 1680 con 17 sesiones de primera vez realizadas para porcentaje de cumplimiento de 22.6% lo cual es gastante bajo. y una cobertura de 1.0.

La relación de los tratamientos iniciados con los terminados tenemos una continuidad del 82% lo cual es bastante bueno y puede ser producto de un bajo número de población atendida y una mejor distribución del instrumento.

En este grupo tenemos una concentración de 1,3 lo cual quiere decir que se ha realizado más de un tratamiento por paciente.

En el grupo de otros tenemos una población asignada bastante grande de 40.332 con sesiones de primera vez realizadas de 87 con un porcentaje de cumplimiento de 43,2% por lo tanto es regular ya que o que se espera es un porcentaje de más del 60% en cuanto a cobertura solamente tenemos el 0.2% que es muy baja eniendo en cuenta que el porcentaje de continuidad de este grupo es de 16.2% siendo el más bajo de los 3 grupos de edad.

CAPITULO VII

INDICE

7.1. Propuestas para programación oral en 1983 Pas 1.3.2.

7.2. Formulación de planes

7.2.1. Objetivo

7.2.2. Etapas de formulación

7.2.2.1. Programación de Actividades

7.2.2.2. Establecimiento de los diferentes recursos

7.2.2.3. Identificación de metas

7.2.2.4. Identificar los diferentes niveles de operación

7.2.2.5. Planes operacionales

Plan mínimo

7.2.2.6. Plan máximo

7.2.2.7. Planes intermedios

7.2.2.8. Soluciones

Plan mínimo

plan máximo

planes intermedios

7.1. Propuestas para programación oral en 1983 pas 1.32

7.1.1. Distribución porcentual del instrumento:

Le hemos dado mayor prioridad al grupo de 5-14 ños, seguidamente al grupo otros por su demanda y por último tenemos al grupo de obstetricas ya que no contamos con recursos mayores.

Es importante para nosotros mirar que el tiempo en nuestro centro ha sido muy bien aprovechado ya que se han trabajado las 8 horas diarias sos 250 días contratados. Lo que nos indica la adecuada utilización del instrumento.

Limitantes: a. Falta de suministros
b. mantenimiento deficiente
c. Escaso recurso humano, profesional y auxiliar.

Conclusión: Corregir limitantes.
Dadas las limitantes que tenemos la propuesta de personas atendidas, no es propuesta de personas atendidas , no es mayor en el tercer grupo, se ha disminuído para aumentar la atención de las personas enla propuesta del grupo de 5 a 14 años.

En Cobertura se propone aumentar también el grupo de 5 a 14 años ya que

para nosotros es el grupo prioritario

La continuidad, se propone incrementarla en el grupo de 5-14 años y disminuirla en el grupo de otros ya que los recursosson pocos y para nosotros este grupo es menos prioritario que el de 5 a 14 años.

La concentración se ha aumentado en el grupo de 5-14 años ya que es el grupo que más neceisidades presenta al cual le hemos incrementado la cobertura y el No. de personas atendidas.

En la distribución porcentual del instrumento se observa un orden prioritario equitativo; didicado el 87.5% al primer grupo y repartiendo el sobrante en los otros dos grupos el porcentaje corresonpondiente a las obstetricas (15-44) lo hemos dejado o propuesto igual ya que la demanda es baja y aunque se propone corregir esta limitante ya que en ste grupo de edad hay poca motivación de la poblaciónpor parte del profesional.

En el grupo otros le hemos disminuido ya que habiamos incrementado en el grupo de 5 a 15 años y no contamos con mayores instrumentos y mucho menos recursos.

7.2. Formulación de planes

7.2.1. Objetivo

El plan de salud oral constituye una hipotesis de trabajo en la que se preveen los resultados a alcanzar mediante la realización de un conjunto de actividades producidas por una determinada cantidad de recursos utilizados de acuerdo a us eficiencia.

Los resutltados a alcanzar se cuantifican en terminos de metas de salud; las activid ades se cuantifican en terminos de metas de operación y los recursos se cuantifican y califican en instrumentos y presupuestos programados. y la forma de utilización se cuantifican a traves de metas de noralización.

El plan de salud no debe durar más de 10 años por razones de efectos tanto en la información básica como en el conocimiento de las relacions entre la salud y el desarrollo.

Elproceso de la formulación de los planes locales es una consecuencia del diagnostico de la situación para asegurar su realismo.

La eficacia depende del adecuado establecimiento de las normas y la factibilidad de los planes depende de las metas de normalización.

Par su ejecución se necesita personal adiestrado de una infraestruc-

tura suficiente y de la organización administrativa apropiada.

7.2.2. Etapas de formulación

7.2.2.1. a. Programación de actividades

a. Establecer niveles de prevención mediante aplicación topia de flúor fluoración de aguas, fluoración de la sal, educación de la población mediante charlas en escuelas y centros de salud; y con metodos didacticos motivarlos para que asistan y reciban servicios de salud en los centros que para este fin fueron creados.

b. Establecer normas y reglas para que los centros de salud presten con gran capacidad estos servicios, también serán reglas que deben corregir el recurso humano que será el servicio de la comunidad

c. Identificar la situación de salud oral en terminos de necesidades de tratamiento y de recrusos disponibles.

d. Establecer en base a prioridades los programas asistenciales para controlar las patologías orales.

e. Promover la utilización depersonal auxiliar para ampliar las coertu-ras poblacionales.

f. Elaborar un proyecto de presupuesto para inversión funcionamiento.

g. Coordinar con los otros grupos de la sección de atención médica sus acciones para lograr una atención en salud integral.

h. Se hará una gran campña de promoción de salud para que la comunidad

pueda diferenciar los diferentes daños y patologías orales y de esta forma sepan prevenir o que esto los lleve a recibir o buscar los servicios que se les preste.

Para esto la politica de salud deberá encaminar sus esfuerzos a que toda la comunidad tenga acceso a sus necesidades de salud.

7.2.2.2. Establecimiento de los Diferentes recursos.

a. Estos recursos se escogerán de acuerdo a las actividades que se piensan realizar, seran recursos humanos, tecnicos, financieros, administrativos.

Humanos: Personal odontologico

Odontologo director

Personal de prevención: Inspector de saneamiento

Promotores de salud: Higienistas y auxiliares de laboratorio.

7.2.2.3. Identificación de metas:

De acuerdo al diagnostico en el cual se evaluaron condiciones y la forma de comportamiento de la población de acuerdo a la politica nacional de salud; el estado deberá ofrecer como una gran solución recursos.

Recursos:

- Disponer adecuadamente de los recursos
- Darle una excelente atención a la comunidad
- Velar porque los recursos sean sufiencten y necesarios.
- Informar a la población de la existencia de los recursos, para que de esta forma acudan a los centros y reciban los servicios.
- Los recursos deberan de estar de acuerdo a las actividades que se identifican en elproceso del plan de salud.
- Fomentar programas a traves de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.
- Diseñar un sistema de prestación de servicios según el nieve de complejidad, partiendo de la atención primaria en salud, con acciones de protección promoción hasta un nivel de atención terciaria.
- Elaborar un plan de capacitación que permita al equipo asumir las funciones propias de su capacitación delegar y supervisar acciones de menor importancia.

7.2.2.4. Identificar los diferentes niveles de operación

Se deberá operar en tal sentido para que se establezcan los programas de servicio y actividades que requiere la población dentro del modelo de cambio que se pretende en el plan de salud.

Este plan no deberá por ningún motivo tener contradicciones y debe estar de acuerdo con planes de otros sectores, sus principales

características son: factibilidad

realidad

Es decir que elplan se pueda realizar y tenga concordancia con la situación de salud, encontrada y con el pronóstico establecido.

Hay tres tipos de planes operacionales:

7.2.2.5. Plan mínimo

Donde hay un nivel mínimo de operaciones.

Propósitos del plan mínimo:

a. Establecer metodos preventivos

b. Evitar el deterioro de los daños que van al empeoramiento

c. Introducir mayor eficiencia en la política de salud.

Propone tres campos operacionales:

- Atención al 100% de la demanda de los daños poco reducibles.
- Reducción de las patologías orales con la técnica más eficiente y según prioridad.

7.2.2.6. Plan máximo

Es el conjunto de las actividades a realizar en un área dada ordenadas con criterio de eficiencia de manera que logre el máximo

nivel alcanzado en salud en eltiempo más corto.

Criterio del plan máximo:

a. Los recursos deben ser otorgados a la salud en la cuantía suficiente lo que no significa que se vay a contar con recursos ilimitados sino los óptimamente necesarios.

b. Los recursos se utilizarán con la máxima eficiencia.

c. No debe existir regidez en la demanda es decir que se pueda incrementar, disminuir o cambiar su estructura de acuerdo a su eficiencia.

Lo que se debe tomar en cuenta es el tiempo de latencia en que no se están utilizando losinstrumentos.

7.2.2.7. Planes intermedios.

Constituyen lasproposiciones que deben ser sometidas a elección y aprobación por los niveles técnicos y políticos.

Criterios.

1. Disponibilidad y posibilidad demejor utilización de los recursos locales.

2. El marco de reverencia dado por la planificación sectorial y global. Los planes globales intermedios no pueden ser formulados a prioridad sino dentro de sus lneamientos generales, el que a su vez se formula

según un proceso de ajustes sucesivos con la técnica de planificación del sector público.

Los niveles de operación son la expresión de losobjetivoscuantificados en el tiempo y el espacio y referidos a un nivelde salud determinado el nive de demanda, las metas de la salud deben señalar cuantohay que reducir y cuanta demanda hay que a tender

7.2.2.8. Soluciones

1. Plan mínimo:

Soluciones inmediatas:

a. Los recursos deben aumentar proporcionamenta a medida que aumenta la demanda.

b. Dar adistramiento a la auxilira de cónsultorio con el fin de delegar funciones.

c. Enfocar losobjetivoshacia losproblemas que tiene la comunidad donde se va a trabajar desrrollando los niveles de aplicación.

d. Motivación del Centro de salud a la comunidadpara que esta participe de los programas de salud.

2. Plan máximo

Soluciones inmediatas:

a. Incrementar latécnica preventiva, paramejorar el nivel de salud

de la comunidad y así poder cambiar eldiagnósticos y la demanda de sasud oral.

b. Para un mejor cumplimiento, motivación, educación y atención a la comunidad sugerimosque elservicio odontológico fuera prestado por odontólogos recién egresados yaque ellos se encargarían más facilmente de las diferentes actividades de motivación educación y prevención.

c. Es importante integrar esfuerzos comunes en conjuntocon la comunidad en el futura, es decir que elcentro fomente la salud para lograr una mayor motivación de la comunidad.

d. Proponemosaumentar elprocentaje deprevención parael grupo etáreo de 5 a 14 años conel fin de disminuir la morbilidad y mortalidad dentaria y evitar así problemas de caries y con ello ayudar a evitar los problemas subconsecuentes del complejo maxilobucofacial.

3. Planes intermedios

Soluciones inmediatas:

a. Integración e interés de la parte administrativa y científica para disminuir las fallas de la programación.

b. Teniendo en cuenta los objetivos del centro los recursos serán debidamente inventariados y organizados para una exacta aplicación y obtener así el rendimiento propuesto.

CAPITULO VIII

INDICE

8. Programación

8.1. Identificación del universo

8.2. Objetivos

8.3. Actividades programadas

8.3.1. Corto Plazo

8.3.2. Medio Plazo

8.3.3. Largo plazo

8. PROGRAMACION

8.1. Identificación del Universo

- Población total es de 130.215
- Población asignada : 91.150
- Población atender : 1.289

8.2. Objetivos y metas

8.2.1. Aumentar las personas atendidad aprovechando al maximo lor ecursos para incrementar la cobertura.

8.2.2. Ofrecer el mayor número de tratamientos iniciados y terminados a la poblaciónasignada

8.2.3. Alcanzar un desarrollo optimo de las actividades programadas para el grupo prioritario (5-14 años) , median e la standarización de procedimientos que permiten una atención amplificada y de buena calidad.

8.2.4. Dualizar eldesarrollo del programa y hacer losajustes necesarios teniendo en cuenta los recursos disponibles para prestar un servicio preventivo y curativo.

8.2.5. Realizar los tratamientos en el mínimo tiemp posible con

elfin de aumen ar cobertura y en lo posible la concetración.

8.2.6. Para lograr un mayor No. de tratamientos iniciados y terminados debemos implantar un sistema donde se deleguen funciones al personala auxiliar incrementado el servicio.

8.2.7. Debe existir verdadera coordinación entre el centro y la regional mediante supervición y control no solamente mediante el cumplimiento deactividades nino tambien en cuanto a la determinación de losr recursos faltantes.

8.2.8. El paciente debe ser concientizado e informado del tratamiento que se le va a efectuar y de la presencia o ausencia de salud en él.

8.2.9. Concientizar a las madres por medio de charlas realizados consiguiendo una motivación para que lleven a sus hijos a recibir prevención tratamiento odontologico .
Debemos darle importancia a la inmunización. en nuestro medio que que se presenta un indice alto de enfermedades infectocontagiosas.

8.3. Actividades programadas

8.3.1. A corto Plazo :

- Realizar actividades preventivas mediante :
- enseñanza de cepillado
- Control de placa
- Aplicación de fluor : topico
  sistematica
  (tabletas, en sal, alimentos)
- Aplicación de sellantes
- Motivación a la comunidad

Estas actividades las podemosrealizar a corto plazo ya que los recursos necesarios son factibles de conseguir con un minimo de tiempo costo bajo pero sus resultados los obtenemos a largo plazo.

8.3.2. Mediano plazo :

- Operatoria
- Cirugia
- Endodoncia
- Periodoncia

Las activiades mencionadas se realizan a mediano plazo ya que los recursos necesario no son suficientes algunos exigiendo un costo elevado, falta de mantenimiento no hay entrega oportuna en los suministros no se tiene en cuenta las veces de la comunidad para la eficiente adquisición, falla de las relaciones extrasectoriales.

8.3.3. Largo Plazo

Realizar campañas de vacunación contra las:

- Caries
- Tratamientos de ortodoncia
- Tratamientos de rehabilitación
- Cirugias mayores

Se consideran a largo plazo yaque estos programas no se encuentran dentro de los propositos del S.N.S debido a unafalta de recursos humanos, tecnicos financieros y en caso de la vacunación contra la caries es dificil lograrlo en corto tiempo yq que este se encuentra en un proceso de investigación experimentación.

CAPITULO IX

INDICE

9.1. Preparación para la Ejecución

9.1. Preparación de recursos

9.1.1. Recursos humanos

9.1.1.1. Promotora de Salud

9.1.1.1.1. Funciones de la promotora voluntaria de salud

9.1.1.2. Auxiliar de odontología social

9.1.1.2.1. Funciones de la Auxilir de Odontología Social

9.1.1.3. Odontologo

9.1.1.3.1. Funciones del Odontologo

9.1.1.3.2. Actividades

9.2. Implantación del programa propiamente cicho

IMPLANTACION DE LA PROGRAMACION DE SALUD

9.1. Preparación de los recursos:

9.1.1. Recursos Humanos

9.1.1.1. Promotora voluntaria de salud

9.1.1.2. Auxiliar de odontología social

9.1.1.3. Odontologo

9.1.1.1.1. Funciones de la promotora voluntaria de salud

9.1.1.1.2. Promoción fomento de la salud oral

9.1.1.1.3. Desarrollo de sistemas preventivos

9.1.1.1.4 Primeros auxilios en salud oral y remisión de pacientes al puesto de salud de la unidad de cobertura y al odontologo

9.1.1.2.1. Funciones de la auxiliar de odontología

Promoción y [illegible]educación en salud oral a grupos organizados.

9.1.1.2.2. Atender pacientes mediante la delegación de funciones

9.1.1.2.3. Autoevaluar

9.1.1.2.4. Informar al odontologo sobre las actividades realizadas

9.1.1.3.1. Funciones del Odontólogo

9.1.1.3.1.1. Identificar la situación de salud oral en la comunidad de su area en terminos de necesidades de tratamiento y en recursos desponibles

9.1.1.3.1.2. Desarrollar mediante la atención directa a los pacientes los programas de restauración y rehabilitación que en cumplimiento a la politica de salud oral se debe realizar en su area

9.1.1.3.1.3. Asesorar supervisar y evaluar las actividades que en su area realice el personal auxiliar en odontologái y la promotora voluntaria de salud.

9.1.1.3.1.4. Promover la participación de la comunidada en programas de salud oral en su area

9.1.1.3.1.5. Analizar los informes que se reciban enla oficina de información provenientes del personal auxiliar y promotora de salud que desarrollan actividades en elplan de salud rural.

9.1.1.3.1.6. Asesorado por el Jefe del grupo y en cumplimiento de la politica de salud oral elaborar la programación a desarrollar en su área fijando metas y objetivos claros.

9.1.1.3.1.7. Rendir la información solicitada según normas.de

9.1.1.3.1.8. Cumplir las recomendaciones que en cumplimiento de las politicas de salud emanen del nivel superior

9.1.1.3.1.9. Colaborar con el jefe del grupo de la regional.

9.1.1.3.1.10. Promover en su area la ampliación de coberturas utilizando preferencialmente el personal auxiliar.

9.1.1.3.1.11. Asesorar al coordinador general

del plan de salud rural en laprogramación de actividades.

9.1.1.3.2. Actividades

- Analizar preferiblemente, en base a los registros existentes y en casos especiales mediante encuentas directaso o indirectas, las necesidades de tratamiento.
- Cuantificar los Recursos en Salud Oral existentes en su área.
- Ejecutar lostratamientos de operatoria, endodoncia, periodoncia, prótesis que las patologías orales hayan aumentado en las poblaciones objetivo, según normasl.
- Vigilar la correcta dosificación del flúor en las aguas de abastecimiento público.
- Desarrollar las actividades de vigilancia epidemiológica de las medidas preventivas utilizadas en su área.
- Informar a la profesión organizada, sobre el desarrollo de los planes y programas de salud oral del área.
- Participar en las reuniones que sobre desarrollo de las comunidad se realicen en su área.
- Supervisar al personal auxiliar que preste labores en su área (OE2 yE)
- Criticar los informes que envían a la Oficina de información, el personal auxiliar en delegación de funciones y corregir o estimular susresultados.

- Fijar las metas y objetivos específicos para los programas preventivos y curativos en su área y presentarlos al Jefe inmediato para su aprobación
- LLenar los formularios SIS 1, SIS 160 y SIS 161 y rendir información requerida dentro de los límites de tiempo estipulados para ello.
- Desarrollar las acciones tendientes a mejorar los programas que por motivo de supervisiones hayan sido recomendadas por los niveles superiores
- Realizar la programación de actividades para el OE 2 y E1 y comprobar su desarrollo periódicamente.
- Informar al jefe de Grupo sobre las actividades desarrolladas por OE2 y E1 cada trimestre.

Estrategias para la implantación del programa

1. Que exista un grupo de trabajo completo:
promotora voluntaria de salud, auxiliar de odontología social, odontologo
2. Responsbilizar de su actividades propias a cada uno de los que conforman este nivel
3. Realizar delegación de funciones
4. Establecer una integración delprograma de salud oral desde el punto de vista medico odontologico.
5. Establecer una coordinación entre las personas que conforman este nivel
6. Organizar sus relaciones inersectoriales.
7. Desarrollar programas a titulo de grupo y utilizar criterio de tra-

bajo individual

8. Concientizar al odontologo de que sus funciones no se limitan a ser clinicas sino que deben ser integradas con actividades administrativas, de motivación a la comunidad, etc.

9. Utilizar servicios complementarios

11. Contar con recursosactualizados. para dar una mayor cobertura de la comunidad solicitar el aumento de recursos financieros, fisicos y humanos relaciones intra y extrainstitucionales.

Extrainstitucionales: Sector salud se relaciona conlos sectores economicos educativo y social y politico.

Intrainstitucionales: Con entidades afines al sector salud como el ministerio de salud.

Como nos preparamos a nosotros mismos:

1. Conocimiento de lasituación de salud de la comunidad a tratar

2. Hacer un diagnostico y establecer las prioridades de la comunidad

3. De acuerdo a las prioridades de esta comunidad establecer segun los grupos de epidemilogía los problemas que se realizaran.

4. El odontologo debe realizar un tratamiento integral curativo y preventivo

5. Utilizar al máximo los servicios cumplementarios.

6. Utilizar al máximo los servicios de personal auxiliar preparado.

7. Orientar supervisa y evaluar las actividades realizadas porel personal auxiliar.

8. Hacer delegación de funciones

9. Utilizar los recursos adecuados y actualizados.

10. Tener unacomunicación directa o una´actividad de grupo entre las personas que conforman el grupo de trabajo del œntro.

Implantación Propiamente dicha del programa

Teniendo en cuenta el programa establecido en el capitulo anterior implantaremos elprograma propiamente dicho.

A corto plzoo :

1. Prevención: enseñanza del cepillado, control de placa aplicación fluor y aplicación sellantes charlas de motivación a la comúnidad.
Charlas de motivación: Buscar la motivación de la comunidad buscando la colaboración de la junta comunal paradictar conferencias sobre salud oral ya sea realizadas en el œntro o en el salón parroquial etc.

En las charlas de motivación se debe concientizar a la comunidad diciendole el porque debe cuidar la dieta de sus hijos y no diciendole que no deben comer dulces porque si.

Tambien se pueden realizar charlas de motivación preparando el per-

sonal auxiliar y pidiendo la colaboración de los colegios y escuelas que cubren este centro la colaboración se busca mediante cartas a las juntas directivaw de los colegios y escuelas pidiendo su autorización para ir a estos sitios a dictar conferencias.

Habiendo capacitación de personal auxiliar este ira a los colegios y escuelas llevando material didactico previamente diseñado para dictar conferencias a la población infantil que es la población que tiene prioridad para nosotros.

2. Control de placa enseñanza del cepillado: Hbiendo realizado comunicación con las juntas directivas de colegios y escuelas y ya teniendo que vamos a dictar charlas podemos incrementar el programa pidiendo también lacolaboración de las facultades de odontología para tener un apoyo par la auxiliar deodontología social se realizará control deplaca en losescolares y se les enseñará las técnicas del cepillado y el uso de la seda dental.

Para esto se tiene también lacolaboración del colgate que reparte cepillos, crema dental y vasos.

3. Aplicación topica de fluor: se realiza simultaneamente con la enseñanza de las técnicas de cepillado.

Teniendo la colaboracion de facultades de odontología y la auxiliar de odontología social se realizarán las autoaplicaiones de fluor se

hará el dia que se inicia autoprofilaxis y luego las 4 aplicaciones de luoruro de Na al 2%. Se realizarán enjuagatorios en los escolares que no lleven elcepillo.

4. Captación de flúor por via sistema: este programa se lleva a cabo a nivel nacional puesto que ya se han hecho los estudios de adicionar fluor al agua de acuerdo a la temperatua del sitio y a la ingestión que se realizaen la comunidad.

5. Aplicación de sellantes: Para esto necesitamos motivar a la comunidad para que asista al centro de salud y asi poder realizar la aplicación de sellantes.

Mediante las charlas a los padres se les enseña la importancia de la la aplicación de sellantes y se les motiva para que lleven a sus hijos para realizarles dicha actividad. Después de haber ido a los colegios y escuelas se les puederepartir boletas para la consulta odontologica.

La aplicación de sellantes es realizada en el centro de salud por el odontologo quien tiene los recursos y los conocimientos pararealizar dicho tratamiento.

Además se puede hacer investigaciones para ver que tecnicas preven-

tivas son las que mas adecuadas para nuestra comunidad y analizamos si puede dar mejores resultados la aplicación de sellantes con emisión de fluor.

Implantación a Medianto plazo :

Periodoncia

Operatoria

Cirugía

Endodoncia

- Para la implantación a mediano plazo de la actividad periodoncia fase I y fas II con su rescpectiva profilaxis lo realizaremos con los recursos minimos necesarios para la ejecución de esta actividad. Este tratamiento fase I y II de periodoncia lo realizamos más que todo en lapoblación mayores de 15 años ya que es el grupo más afectado.

- El tratamiento operatorio mediano plazo es el que mpas queremos realizar ya que a menudo es este centro escasean los materiales de obturación permantente y nos vemos en la oblicagión de hacer tratmientos de operactoria temporales.

- Los tratamientos de cirugía en el centro son mas bienpocos los que realizaremos yaque el equipo con que se cuenta no es muy especializado

en la materia lo mismo que elrecurso humano. Realizaremos cirugias menores tipo exodoncia y las cirugías mayores no las realizaremos ya que en este centro no se cuenta con los recursos necesarios.

- La endodoncia esta actividad la podemos realizar más facilmente en los niños porqu los recursos conque contamos son los minimos necesarios para su ejecución.

Se tratan de realizar en el grupo obstetrico y otros lamayor cantidad de tratamientos términados aúnque no tengamos un medio de Dx tan importante como son los rayos X ya que la endodoncia se ha venido realizando poco en cambio se han cincrementado exageradamente. la exodosncia. Lo que nos indica que se vien realizando más el área curativa mutilantes mas no la preventiva que para nosotros es la más satisfactoria y progresiva.

A largo plazo

Tratamientosde ortodoncia rehabiliatción cirugía mayor y vacunación contra la caries. Proponer a los niveles superiores la incrementación de los recursos humanos para que nos colabore dandonos dotación de especialistas para que realicen tratamientos de ortodoncia y cirugía mayor

Pero tenemos una gran limitante: por unaparte estas especialidades son

elitistas y loscostos para la comunidad no son adsequibles.
Además para llevar un control de los tratamientos estosespecialistas deberían ir al centro con una frecuencia regular.
Hay otroa limitante que se ve especialmente en ortodoncia y es que se el odontológo tiene losconocimientospara realizar el tratamiento no hay recursos financieros para hacerlo y que si se hace el control no puede ser del tiempo adecuado.

La rehabilitación oral por medio de protesis también es costosa para los recursos del centro y que si no existe recurso suficientes para operatoria menos lo habrá paratratamientos de prostodoncia.

Con respecto a la vacunación contra la caries dental en la actualidad forma parte de los programas de investigación lo tanto no es aplicable en el momento.

CAPITULO X

Evaluación de Ejecución del Programa de Salud Oral a Nivel Local

Analizando la información recolectad y existente en el SIS 161 y en PAS 1.3.1. se le da mayor prioridad al tratamiento curativo que al preventivo y que el numero de curgías (exodoncias) es mayor efectuandose tambien pulpotomía momificaciones y opertoria.

En lo que respecta a la operatoria el centro no tiene recursos para obturaciones difinitivas.

También existe déficit de recursos materiales que conllevan a la disminución de la atención en lo que respecta al área fisica no da abasto para aumen ar el recurso humano con el fin de satisfacer las neceisidades de la comunidad.

Una de las grandes fallas del centro es la falta de prevención , teniendo en cuenta que losrecursos necesarios son mínimos y existen se se realizara dicha tarea disminuiriamos otras actividades que requieren mayores recursos.

Un aspecto positivo que se está haciendo en el centro de salud es el tratamiento integral dandole mayor prioridad al grupo escolar ya que se remite el paciente de consulta medica la consulta odontologica.

Apesar que el centro no tiene recursos para brindar un servicio está en lo posible solucionando al alcance de su mano las nesesidades prioritarias de la comunidad afectada.

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMACION

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

1982

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE: BOGOTA

UNIDAD REGIONAL DE: SANTA CLARA

UNIDAD LOCAL DE: ALQUERIA LA FRAGUA

ORGANISMO: No. 63 PAS 1.3

PAS 1.3

EDADES	POBLACION TOTAL	RESPONSABILIDAD ASIGNADA		FACTIBILIDAD TECNICO FINANCIERA				
				CUANTIFICACION			POBLACION A ATENDER	COBERTURA
		POBLACION ASIGNADA	INSTRUMENTOS NECESARIOS	INSTRUMENTOS	TRATAMIENTOS INICIADOS	TRATAMIENTOS TERMINADOS		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
5 – 14 Años	14.392	10.074	504	89.2	1.435	1.176	956	9.5
15 – 44 Años OBSTETRICAS	1.680	1.680	84	3.65	105	50	75	4.5
OTROS	57.620	40.332	2.017	7.75	210	105	210	0.21
TOTAL	73.692	52.036	2.605	100.6	1.750	1.339	1.241	2.4

* x dolays de la norma

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMACION

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

1983

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE: BOGOTA

UNIDAD REGIONAL DE: SANTA CLARA

UNIDAD LOCAL DE: ALQUERIA LA FRAGUA

ORGANISMO: No. 63

PAS 1.3

EDADES	POBLACION TOTAL	RESPONSABILIDAD ASIGNADA		FACTIBILIDAD TECNICO FINANCIERA				
				CUANTIFICACION			POBLACION A ATENDER	COBERTURA
		POBLACION ASIGNADA	INSTRUMENTOS NECESARIOS	INSTRUMENTOS	TRATAMIENTOS INICIADOS	TRATAMIENTOS TERMINADOS		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
5 – 14 Años	25.185	17.629	2.115	218.8	875	551.2	729	4.3
15 – 44 Años OBSTETRICAS	4.200	2.940	382	6.2	25	20.5	19	0.6
OTROS	10.083	70.581	7.058	25	100	30	100	0.5
TOTAL	130.215	91.152	9.555	250	1.000	6.017	848	0.9

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

EJECUCION DE PROGRAMACION 1982

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE: BOGOTA
UNIDAD REGIONAL DE: SANTA CLARA
UNIDAD LOCAL DE: ALQUERIA — LA FRAGUA
ORGANISMO: No. 63

PAS 1.3 1

EDADES	POBLACION ASIGNADA	SESIONES DE 1a. VEZ			COBERTURA		TRATAMIENTOS							CONCENTRACION	
		PROGRAMADAS	REALIZADAS	o/o DE CUMPLIMIENTO	PROGRAMADA	OBSERVADA	INICIADOS			TERMINADOS			CONTINUIDAD	PROGRAMADA	OBSERVADA
							PROGRAMADOS	REALIZADOS	o/o CUMPLIMIENTO	PROGRAMADOS	REALIZADOS	o/o CUMPLIMIENTO			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
5 — 14 Años	10.074	957	633	66.1 o/o	9.5 o/o	6.2 o/o	1.435	737	51.3 o/o	1.176	391	32.2 o/o	53 o/o	1.4 o/o	1.1 o/o
15 — 44 Años OBSTETRICAS	1.680	75	17	22.6 o/o	4.5 o/o	1.0 o/o	105	22	21 o/o	50	9	41.0 o/o	82 o/o	1.4 o/o	1.3 o/o
OTROS (VER INSTRUCTIVOS)	40.332	201	87	43.2 o/o	0.5 o/o	0.2 o/o	210	108	51.4 o/o	105	50	47.6 o/o	46.2 o/o	1.0 o/o	1.2 o/o
TOTAL	52.036	1.233	737	59.7 o/o	2.4 o/o	1.4 o/o	1.750	867	49.5 o/o	1.331	450	33.8 o/o	51.9 o/o	1.4 o/o	1.1 o/o

INFORMACION GENERAL

Q	No. De auxiliares de Odontología Social en Servicio		1	
R	No. De Odontologos en Servicio		1	
S	DIAS CONSULTORIOS	NECESARIOS	2.605	
T		DISPONIBLES	2.50	
U		CONTRATADOS	129	
V	RENDIMIENTO	PROGRAMADOS	8	
X		OBSERVADOS	34	
Y	Adecuación de Volumen		193.7	o/o
Z	Capacidad de Contratación		193.7	
Z'	Días Auxiliar Consultoria Contratadas		250	
Z''	Adecuación de Auxiliar de Consultorio		100	o/o

TABLA DE ANALISIS

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

1982

SERVICIO REGIONAL DE SALUD DE: BOGOTA

UNIDAD REGIONAL DE: SANTA CLARA

UNIDAD LOCAL DE: ALQUERIA — LA FRAGUA

ORGANISMO: No. 63

PAS 1.32

EDADES	PERSONAS ATENDIDAS		COBERTURA		RENDIMIENTO		CONTINUIDAD		CONCENTRACION		DISTRIBUCION % DEL INSTRUMENTO	
	Observada	Propuesta	Observada	Propuesta	Observada	Propuesta	Observada	Propuesta	Observada	Propuesta	Observada	Propuesta
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
5 — 14 Años	633	708	6.2 o/o	(7.0) 6.8 o/o			53 o/o	63 o/o	1.1 o/o	1.2 o/o	85 o/o	87.5 o/o
14 — 44 Años	17	17	1.0 o/o	(1.0) 1.0 o/o			82 o/o	82 o/o	1.3 o/o	1.3 o/o	2.5 o/o	2.5 o/o
Otros	87	50	0.2 o/o	(0.1) 0.1 o/o			46.2 o/o	30 o/o	1.2 o/o	1.0 o/o	12.5 o/o	10 o/o
TOTAL	737	775	7.4 o/o	1.4 o/o	3.4 o/o	4 o/o	51.9 o/o	60.1 o/o	1.1 o/o	1.1 o/o	100 o/o	100 o/o

CAPITULO XI

CONCLUSIONES

- Se atiende un porcentaje muy reducido de pacientes que solicitan consulta odontologica por falta de recurso humana, tecnico, financiero y fisico.

- En odontología no existe clasificación de niveles de complejidad.

- La cobertura actual respecto a lapoblación asignada es muy baja

- Losobjetivos que tiene el sistema Nacional de salud son buenso pero en realidad no se ponen en practica por falta de una buena coordinación entre programas y utilización de recursos.

- En el centro de salud el servicio odontologico es deficiente puesto que se hace atención de operatoria y cirugía menos como exodoncia, tambieén profilaxix, esto se presenta por la deficiencia de recursos.

- La mayoría de la población a atender presenta un estatus económico bajo siendo necesario crar en ellos una conciencia en cuanto a la valoración de su propia salud en un aspecto integral y de su salud oral.

- Los tratamientos iniciados no presentan continuidad porque son muy distantes las citas, lo cualenfluye en la fuga de pacientes.

- El recurso humano en el nivel regional se encuentra capacitado profesionalmente, recibiendo adistramiento y capacitación en otras especialidades al mismo tiempo existen estudios cientificos elaborados en la regional que son expuestos en congresos a nivel nacional e internacional efectuados estos por medicos especialistas y hospitalarios.

- En el hospital Santa Clara no se hace prevención pero la comunidad perteneciente a esta regional esta cubierta en cuanto a prevención por el Colegio odontologico Colombiano, Solidaridad por Colombia y a nivel general la prevención está delegada a los centros y puestos de salud pertenecientes a la regional.

- En términos generals el centro desalud cuenta con una organización capacitado para desempeñar sus funciones y así presta un servicio adecuado a la comunidad.
Tiene que ver mucho el buen funcionamiento del centro con la calidad humana, tecnica y profesional que maneja el personal dirige y atiende el centro.

- Entre las fallasque se presentan en el centro son: la falta de cumplimiento de horarios establecidos trayendo como consecuencia la atencion

rápida despersonalizada a lospacientes que por el mismo motivo se aglomeran en espera de ser atendidos.

- La atención médica más o menos funciona debido a la presencia de médicos rurales quiens llegan con el animo sincero de ofrecer sus servicios ala comunidad pero no es suficiente para lograr la atención de la demanda deservicios.

- No esiste en el centro un área especifica de urgencias, un personal asignado para el desempeño de la misma.

- En loque respecta a los recursos materiales con que se encuentra en el área de atención odontológica podemosdecir que son insuficientes para prestar un servicio que sea integral.

- Se presentan un falta de suministros debido a la irregularidad con que llegan estos los que ocasion que el odontologo se vea en la necesidad de limitar el número de pacientes, la calidad y cantidad de tratamiento y contentarse con brindar operatoria provisional y exodoncias.

- Hace falta más promoción y educación en los aspectos de salud oral; es muy poca la colaboración que se tiene por parte de los educadores.

- La prevención Odontológica es muy poca y esto es motivado no solo por la insuficiencia de recursos sino también por la actitud de la comunidad.

RECOMENDACIONES

- Para la buena organización tanto de la regional como del centro de salud se necesitauna mejor distribución del recurso humano en sus actividades ya que se presentan situaciones donde el medio hace de jefe administrativo y al mismo tiempo atiende consultas es decir asuma las funciones propias de su profesión, para que delegue, supervise acciones de menor complejidad.

- Que el estado destine el suficiente refuerzo financiero para poder arender lademanda exigida por la población asignada

- La posible existencia de un médico y odontologo de planta ya que estos solo estan durante su año rural lo cual favorece la fuga de pacientes por falta de continuidad en el tratamiento.

- Administración adecuada y organizada para impedir elretardo en la llegada de suministros sobre todo de los materiales de consumo mas elementales.

- Motivación a la comunidad por medio de conferencias tanto en el centro de salud como en las escuelas y de esta forma la comunidad llegue a reconocer los metodos preventivos y las enfermedades en su estadío inicial en el daso que se presenten.

- Que elodontologo que llegue a este centro de salud esté preparado para atender la población de mayor demanda que es la de 5-14 años, pues a la mayoría de losrurales que llegan no les gusta atender este grupo de edad.

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

T.O 0019 1983
Trabajo de Grado
Ejemplar 1
T0019