

00746

**PROGRAMA INCREMENTAL EN SALUD ORAL REALIZADO POR EL
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL CENTRO DE SALUD
DE BRAVO PAEZ**

**RIGO ANTONIO BOADA CASTRO
ADRIANA PATRICIA DURAN MURCIA
MILDER SILENA REY ROJAS
MARCELA VARGAS VALENCIA**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PREGRADO
SANTAFE DEBOGOTA, D.C.
1999**

**PROGRAMA INCREMENTAL EN SALUD ORAL REALIZADO POR EL
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL CENTRO DE SALUD
DE BRAVO PAEZ**

**RIGO ANTONIO BOADA CASTRO
ADRIANA PATRICIA DURAN MURCIA
MILDER SILENA REY ROJAS
MARCELA VARGAS VALENCIA**

**Director
ELBA MARIA BERMUDEZ
Odontóloga Magister en Administración de Salud**

**Asesor Metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ
Odontóloga Magister en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PREGRADO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
1999**

**PROGRAMA INCREMENTAL EN SALUD ORAL REALIZADO POR EL
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO EN EL CENTRO DE SALUD
DE BRAVO PAEZ**

**RIGO ANTONIO BOADA CASTRO
ADRIANA PATRICIA DURAN MURCIA
MILDER SILENA REY ROJAS
MARCELA VARGAS VALENCIA**

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título
de Odontólogos**

**Director
ELBA MARIA BERMUDEZ
Odontóloga Magister en Administración de Salud**

**Asesor Metodológico
ELBA MARIA BERMUDEZ
Odontóloga Magister en Administración de Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
AREA DE PREGRADO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
1999**

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este trabajo de investigación, se hizo posible gracias a la valiosa colaboración de un grupo de personas vinculadas al programa base de la investigación, quienes facilitaron que ésta se llevara a cabo, ellos son:

Elba María Bermudez, Odontóloga Magister en Administración de Salud, Directora del Departamento de Salud Pública.

Martha Inés Vásquez, Odontóloga Magister en Administración de Salud. Departamento de Salud Pública.

Adriana Vega, Odontóloga, Coordinadora Clínica Extramural Bravo Páez.

Edgar Gómez, Director UPS Bravo Páez.

José Ignacio Torres, Estadista Departamento de Salud Pública.

Gracias también a todas aquellas personas que de una u otra forma fueron partícipes del programa y contibuyeron en la labor no solo investigativa sino a lo largo de la evolución del mismo y por quienes se hace posible mostrar en el día de hoy a través de esta monografía los resultados del trabajo realizado.

CONTENIDO

INTRODUCCION

1.CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA

1.2. JUSTIFICACION

1.3. PROPOSITO

1.4. MARCO TEORICO

1.5. OBJETIVOS

1.5.1.Objetivo General

1.5.2.Objetivos específicos

2.METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

2.2. POBLACION

2.3. DEFINICION DE VARIABLES

2.4. INSTRUMENTO

2.5. PROCEDIMIENTO

3. RESULTADOS

4. DISCUSION

5. CONCLUSIONES

6. RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUCCION

Con el fin de presentar un trabajo final de grado, como requisito parcial para la obtención del Título de Odontólogos, se realizó una investigación basada en una comunidad con la que el Colegio Odontológico Colombiano como entidad educativa y prestadora de salud ha tenido vínculo desde hace ya siete años, desarrollando un Programa Incremental en Salud Oral con modelos de Promoción y Prevención. La comunidad objeto del estudio pertenece al barrio Bravo Pérez, con quien se ha laborado a través de su Centro de Salud, sitio a donde acude una población infantil numerosa, captada no solo por medio de los habitantes vecinos, sino también relacionada directamente con los centros educativos de la localidad.

Hacia Marzo de 1993, la Facultad de Odontología realizó convenios con el Centro de Salud de Bravo Pérez, para prestar allí sus servicios de salud y valerse de una población escolar con necesidades básicas en salud oral, que contaban con una cobertura mínima de atención.

El proceso investigativo de esta Monografía se basa principalmente en una vista retrospectiva hacia los pacientes que fueron atendidos, sus diagnósticos y tratamientos realizados, valorados a través de sus historias clínicas.

Ciertamente la labor que se ha venido realizando en Bravo Pez, no cuenta

con buen conocimiento por parte del personal administrativo, docentes y los estudiantes en general, razón por la que se llevo a cabo la investigación del estado del Programa Incremental iniciado en 1993 y del cual no se tenía una base de datos a 5 años con la que se pudieran reconocer las fortalezas y debilidades del programa.

A continuación se describe el trabajo realizado y serán los resultados los que demuestren los beneficios de los programas que operan básicamente con modelos de promoción y prevención, aún con limitantes económicos y problemas de migración de la población.

La base de datos, cuerpo de la investigación recoge la evidencia del programa desde 1993 hasta Junio de 1998.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

ANTECEDENTES

El Centro de Salud de Bravo Pez, está ubicado en la calle 37 sur, N° 25-07, es una UPA (Unidad Primaria de Atención) dependiente del Hospital San Jorge, ESE (Empresa Social del Estado) PNA (Primer Nivel de Atención), éste último ubicado en la calle 45 sur N°13A-48.

El barrio Bravo Pez está ubicado en la localidad de Rafael Uribe Uribe, N° 18 de Santafé de Bogotá, administrada por la Alcaldía Menor de Tunjuelito la población en general se encuentra estratificada en nivel 1 y 2.

El Colegio Odontológico Colombiano, como Entidad Educativa y Prestadora de Salud, ha venido desarrollando un Programa Incremental en Salud Oral para Escolares en la comunidad de Bravo Pez, a través de su Centro de Salud, haciéndose un favor conjunto, prestando el servicio a la comunidad y sirviéndole ésta por la confluencia de pacientes para el desarrollo de las prácticas clínicas de los estudiantes del Colegio Odontológico, que se desempeñó allí pasando inicialmente por Clínica Extramural y funcionando actualmente como Clínica de Odontopediatría.

A partir de 1993, Colegio Odontológico Colombiano entró a pertenecer a la Comunidad de Bravo Páez, a través de su Centro de Salud. Para entonces el Centro de Salud, operaba con un modelo de atención puramente curativo y mutilante. Inicialmente la concurrencia de pacientes fue mínima y casi nula, no se contaba con registros de historias clínicas, los recursos técnicos con que se contaba, además de insuficientes eran inadecuados, siendo la facultad quien dispuso de cinco unidades odontológicas, materiales y recursos humanos para prestar los servicios en dicho Centro de Salud. El manejo académico se daba a través de un docente y un grupo de estudiantes que hacían su rotación por el Centro de Salud en el área de Odontología.

El Colegio Odontológico y el Hospital San Jorge, Primer Nivel de Atención, integraron un Convenio Docente- Asistencial en el que se dispuso la colaboración y trabajo en equipo tanto del Centro Asistencial como de la Facultad, en búsqueda del mejoramiento en la calidad y amplitud de la cobertura en la prestación del servicio de salud a la comunidad, como de la oportunidad que tendría la Universidad de ejercer sus prácticas clínicas en el Centro de Salud para el adecuado desarrollo de su labor educativa. (ANEXO N°1).

Una vez se estableció el Convenio Docente-Asistencial, se prosiguió a entrar en negociaciones con Centros Educativos del sector, fueron entonces las escuelas General Pez y Murillo Toro, las que se acogieron y acudieron al Centro de Salud para recibir servicios de salud oral.

El orden de atención que se adoptó fue previsto así: primero se trataría la

necesidad individual de cada paciente, siguiendo con tratamientos preventivos y luego los tratamientos curativos (operatoria, cirugía y endodoncia), para lo cual se contó con los escasos recursos existentes y con el apoyo de las clínicas de Odontopediatría del Centro y la Clínica de Postgrado para los casos que así lo requerían. (ANEXO N°2)

Para llevar a cabo la evolución de los tratamientos, así como los controles respectivos, se hacía necesaria la colaboración permanente de los padres y profesores, colaboración que inicialmente no fue absoluta, sin embargo el programa comenzó a caracterizarse por la prestación de un servicio además de eficiente : puntual, que daba pronta resolución a las necesidades del paciente, siendo ésta una de las razones por las cuales la población acogió con benemérito a la institución, porque se logró de ellos el respeto con el que no se inició el programa por el mismo desconocimiento que genera el inicio de...

El Programa Incremental arrojó gran cobertura y gran velocidad de atención, que resultó además de eficiente, una gran desventaja que generó fracasos restaurativos posteriores, desventaja que se pudo reconocer a tiempo, controlar y evitar, hubo entonces que hacer varios cambios y tomar una serie de decisiones con respecto a la prestación de ciertos servicios por que no se contaba con la infraestructura necesaria para llevarlos a cabo satisfactoriamente, generando dificultades futuras. Así que se tomaron medidas de Salud Pública como :la negativa a realizar tratamientos de conductos en dientes temporales en los que se reportaron fracasos frecuentes; así como se evitó al máximo la atención odontológica obligada que desencadena el llanto e indispone al resto de pacientes, haciendo

entonces importante e indispensable un adecuado proceso previo de adaptación al paciente, así que fueron medidas que favorecieron en la calidad de atención y hubo mas dedicación al desarrollo del modelo preventivo.

1.1. DEFINICION DEL PROBLEMA

El Colegio Odontológico Colombiano, como Entidad Educativa y Prestadora de Salud, ha venido realizando un Programa Incremental en Salud Oral en la comunidad de Bravo Pez por medio de su Centro de Salud, del cual no se tiene reporte de una base de datos a 5 años que permita conocer el estado del mismo, para poder evaluar su evolución.

1.2. JUSTIFICACION

La importancia del proceso de investigación realizado sobre el problema planteado, radica en la necesidad de tener una base de datos a 5 años, que permita medir, evaluar y dar a conocer los resultados obtenidos, reconociendo las debilidades, y las fortalezas que conlleven al mejoramiento al programa mismo y a futuros proyectos

1.3. PROPOSITO

Al dar a conocer los resultados del Programa Incremental realizado, se pretende impulsar la promoción de proyectos futuros a comunidades con

características similares a las de Bravo Páez, así como el mejoramiento de programas existentes y el desarrollo del mismo, aumentando la cobertura de atención y mejorando la calidad de vida de la población

Se necesita concientizar tanto a profesionales como alumnos en general, acerca de la creación de una "nueva cultura de salud", así que se busca a través del impacto causado, que los programas de promoción y prevención, adquieran mayor importancia , otorgando evidentemente mayor beneficio, implicando un menor costo, enseñando al usuario a demandar y pagar por servicios de salud antes que por tratamiento de la enfermedad. De tal modo se pretende hacer cumplir con los propósitos de la ley 100, ya que estos fomentan las actividades de prevención sobre las de curación.

1.4. MARCO TEORICO

PILARES PARA UN PLAN DE SALUD

“La educación como principal herramienta y la escuela como principal lugar de trabajo”, plantea Hugo Rossetti en un capítulo de su libro Salud para la Odontología.

Una de las grandes ventajas de trabajar con niños en grupo es la posibilidad de realizar acciones colectivas de aprendizaje cotidiano que resulta más beneficioso que trabajar individualmente con cada niño en consulta privada, donde generalmente se acude por una necesidad individual que la mayoría de veces es dolor, haciendo a este factor entrar en íntima relación con la práctica de la odontología.

En la escuela el niño recibe todo el conocimiento y lo asimila, es al maestro a quien el niño quiere imitar, los chicos pasan la mayor parte de su tiempo en la escuela, es allí donde completan su formación integral, fortalecen su autoestima y aprenden como deben comportarse dentro y fuera de ella. En base a esto el ideal es que un buen plan de salud comience por la educación que se le imparte al niño en su centro educativo, pero cada plan debe acomodarse con la realidad, con las condiciones y características de cada comunidad. Así que el plan debe adaptarse a la comunidad y ésta beneficiarse de él, no al contrario.

Para hacer salud y sobre todo salud oral no se requiere única y necesariamente de un odontólogo, de hecho un plan es mucho más integral y le compete a todo aquel que esté integrado con la comunidad: maestros, agentes sanitarios, porteros, cocineros, padres, niños líderes, caciques, líderes comunitarios, etc. Cada odontólogo ha de ver en cada zona de quien se vale, o mejor aún con quien se agrupa para trabajar en función social que es finalmente su labor. Así pues el delegar funciones y tareas es una acción además de eficiente, inteligente; y más aún si en el plan se ve involucrado mas de uno... pues unos cuantos pueden convertirse en agentes multiplicadores de salud.

La labor en salud oral enfocada a la curación implica costos muy elevados, mientras que la prevención de la enfermedad requiere de los implementos más básicos y necesarios, siendo evidentemente inferior el costo y grandísimo el beneficio.

“SISTEMA INCREMENTAL” ATENCION ODONTOLOGICA PARA ESCOLARES

Este artículo describe un programa realizado en una comunidad de escolares de Porto Alegre en Brasil. En el que se definen conceptos básicos de lo que es un Sistema Incremental dirigido a una población escolar.

Se entiende por **SISTEMA INCREMENTAL** a aquel procedimiento de trabajo cuyo propósito es la cobertura completa por atención

odontológica en una población determinada, evaluando inicialmente las necesidades acumuladas y posteriormente manteniéndola bajo control, basándose en criterios de prioridad según edad y problemas. Así pues un sistema incremental posee una acción horizontal que actúa por medio de un "Programa Preventivo" con lo que es posible controlar la incidencia de los problemas y una acción vertical por medio de un "Programa Curativo" que ataca los problemas prevalentes, haciéndose complementario el desarrollo paralelo de un "Programa Educativo".

Como **ODONTOLOGIA INTEGRAL** se abarca el concepto donde el tratamiento clínico de la enfermedad está en íntima relación con la protección de los tejidos sanos y la promoción de la salud en general, sabiendo que cuanto mas eficaces sean los medios preventivos tanto mas rápido será obtenido el control global de la situación de salud en una población determinada.

El sistema incremental se aplica principalmente a grupos en edad escolar, debido a la facilidad que ofrecen las escuelas como agrupaciones cerradas de personas y por el énfasis que se da a este grupo etareo desde el punto de vista de atención odontológica. El programa se desarrolla generalmente en un ciclo correspondiente a un año escolar o a 12 meses si es posible, cada ciclo encierra dos periodos: el periodo inicial del tratamiento y el periodo de mantenimiento, donde se atienden las necesidades surgidas después del tratamiento que idealmente deben ser netamente controles.

EI PROGRAMA CURATIVO es uno de los tres tipos de programas que se desarrollan dentro de un "programa incremental". Inicialmente en un programa curativo debe identificarse a plenitud la región a ser cubierta, generalmente aquel porcentaje de la población que tiene acceso a la educación escolar. Se realiza una lista de escuelas con el número de alumnos (por grupo etareo) y su localización. Los escolares se dividen en tres grupos para su atención odontológica; estos son: "**Grupo Compulsorio**" donde se ubican los niños de menos edad, generalmente de 6, 7 y 8 años y será este el primer grupo en recibir atención en forma prioritaria, debido entre otros aspectos a que a este grupo corresponden los alumnos que llegan a la escuela por primera vez y reciben allí su primera atención odontológica. El segundo es el "**Grupo Electivo**" que abarca niños de 9 años, mas o menos, que no se incluyeron en años anteriores, su atención está condicionada a la disponibilidad de recursos, siendo seleccionados para su atención según el nivel de ataque de la caries dental. Y el tercero, "**Grupo de Mantenimiento**" que comprende niños que fueron atendidos anteriormente.

En el programa curativo se identifica la realidad epidemiológica y socio-económica de la población a ser atendida. El mayor grado de exposición al riesgo, tanto desde el punto de vista epidemiológico como de la carencia económica, determina la prioridad en la atención. Los dientes permanentes por tener un período de vida útil mas largo, merecen atención prioritaria. La caries dental y la enfermedad periodontal constituyen las principales causantes de morbilidad, siendo mas preponderante la caries dental que ataca alrededor del 95% de la

población general. Como consecuencia de estos dos puntos básicos se establece la primera prioridad de atención con relación al grupo etareo para escolares de 6 a 14 años de edad, época que coincide con el aparecimiento de los primeros dientes permanentes y con el periodo de mayor ataque de la caries, lo cual posibilita mayor facilidad para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, además de la mayor eficacia de técnicas preventivas en este grupo.

La base del programa curativo en escolares está dada por la encuesta inicial del estado de salud/enfermedad que se determina mediante el índice de COP-D de Klein y Palmer, que incluye los siguientes componentes: C: Dientes cariados; Ei: Dientes con exodoncias indicadas; O: Dientes obturados: siendo de gran importancia para el sistema incremental los factores C y Ei.

La evolución del trabajo continua con una planificación del trabajo mismo, que se basa generalmente en una ficha técnica que lleva un encabezado en el que se indica fecha de inicio y terminación prevista de la actividad, periodo de tiempo disponible (días y horas de trabajo), se especifican datos referentes al grupo al que se pertenece, edad, número de alumnos promedio inscritos en el programa, valores promedio de dientes a ser tratados, etc. La estructura misma del trabajo comprende un listado de alumnos con sus edades respectivas, turno de clase, maestra, tiempo aproximado de la duración de su tratamiento. Debe realizarse un informe mensual de producción donde se traducen las actividades realizadas diariamente durante el mes de trabajo, tanto en el programa curativo del sistema incremental como en los servicios

de emergencia efectuados ocasionalmente. Cada alumno debe tener una ficha clínica con sus datos personales, así como el tratamiento que va recibiendo en su paso por el programa. Esta ficha maneja abreviaciones y convenciones. Para el desarrollo de un programa de este tipo, se hace necesario contar con la presencia de personal auxiliar acompañado de un régimen de amplia distribución de funciones, así como la utilización de equipos, materiales, y técnicas simplificadas.

Los datos que deben existir son básicamente el número de los alumnos, dientes permanentes obturados, dientes permanentes extraídos, tratamientos iniciados y completados, horas disponibles y clínicas, gastos previstos y efectuados.

La supervisión se considera como una relación de ayuda entre la dirección del servicio y el nivel de ejecución. Es componente fundamental del programa y no debe ser confundida con procesos de fiscalización o control directo, propios del área de apoyo administrativo, la supervisión generalmente es mensual pero sin prefijar las fechas. Finalmente, la evaluación se realiza directamente por medio de "indicadores de producción de servicios". Estos son indicadores básicos de productividad, el primero de ellos es el **Índice de Cobertura** que se mide a través del porcentaje de alumnos completados en relación con el total de alumnos inscritos. El segundo es el **Índice de Concentración** que mide el promedio de atenciones por tratamiento completado, promedio que varía según el grupo etareo, gravedad de las lesiones, etc. El tercer índice es el **Índice de Productividad Directa** que consiste en promediar el número de tratamientos realizados por hora clínica. El cuarto es el **Índice de Relación entre el trabajo**

planificado y el trabajo realizado. El quinto es **Índice específico de eficacia**, que corresponde al porcentaje de tratamientos completados en relación con los tratamientos iniciados. Y por último, el **Índice de costos** que se refiere al costo promedio por tratamiento completado y por diente tratado.

El **PROGRAMA PREVENTIVO** como componente asociado al "sistema incremental", encuentra sus mejores posibilidades de éxito con cobertura mayor y mínimo costo a través de procedimientos netamente preventivos y de abastecimiento público, como la fluoruración del agua potable. Para el programa de atención a escolares cuando este procedimiento preferencial no esté siendo utilizado (o es de reciente implementación, no beneficiando así a alumnos de 6 años o más), los procedimientos alternativos para la prevención de la caries que presentan mayor viabilidad y adecuación práctica, se consideran los **"Enjuagues con Fluoruros"** que con buenos resultados han sido utilizados en una solución neutra de NaF al 0,2% para enjuagatorios semanales con 10cc de solución durante 1 minuto, que se emplea en todos los alumnos con supervisión de su profesora o un auxiliar de odontología, procedimiento que según estudios de Hhorowitz, Hwifetz y Mc Clendon, arroja reducción en la incidencia de la caries dental en un 38% en alumnos que siguieron el programa hasta 5º de primaria.

Existen dos posibilidades para las **"Aplicaciones Tópicas de Fluoruros"** : a) La técnica de Knutson que emplea una solución de fluoruro de sodio al 2% en series de 4 aplicaciones, con un promedio cercano al 40% en prevención de la enfermedad; y b) El empleo de

Fluor-Fosfato-Acidulado (NaFPO), según la técnica de Brudevold, que con una aplicación por año reduce la incidencia de la caries aproximadamente en un 22% y con dos veces al año en un 37%. Pero las condiciones locales son las que determinan la selección e implementación del procedimiento preventivo; el cepillado con gel de Fluor-Fosfato-Acidulado , haciendo 5 cepilladas al año puede reducir en un 33% la incidencia de caries.

El **“Control de Placa Bacteriana “** se mantiene através de un cepillado diario o cada 48 horas, que realizado correctamente permite su control relativamente satisfactorio . En las escuelas es posible implementar este procedimiento en horas libres bajo supervisión de profesoras o de los mismos alumnos de mayor edad y que estén debidamente entrenados. El programa proporciona idealmente a cada niño su cepillo dental, seda, vaso y solución reveladora. El niño debe lavarse la boca con colorante pigmentando la placa, se observa en un espejo los dientes y tejidos coloreados, se efectúa el cepillado (sin hacer uso de dentífrico) tratando de remover toda la placa dental, con la seda dental se completa la higiene en superficies proximales de los dientes, se hace una nueva observación en el espejo para establecer los resultados obtenidos y corregir deficiencias; y si es posible los beneficios se incrementan con una **“Profilaxis”** cada 6 meses.

El **PROGRAMA EDUCATIVO** del “sistema incremental” va asociado con los dos programas descritos, este actúa como un mecanismo de sustentación logística del sistema. Básicamente las acciones educativas deben ser vistas bajo una perspectiva de difusión máxima de la

“Cultura Odontológica” para la población, dentro de un proceso de desmonopolización de conocimientos y tecnología odontológica que permitan a cada quien realizar los cuidados necesarios en relación a su salud y al ambiente en que vive.

Respecto al programa incremental ya descrito, un programa educativo, posee, además un enfoque operacional de apoyo directo a las actividades recuperadoras y de prevención.

El sistema incremental debido a la racionalización que representa en la prestación de servicios odontológicos es un procedimiento de trabajo muy adecuado para afrontar en una forma organizada los problemas de salud oral de una colectividad determinada. La experiencia obtenida en su implementación, ha demostrado que además de proporcionar excelentes niveles de atención estomatológica, caracterizándose por el alto grado de satisfacción profesional que da a quien lo ejecuta.; de hecho, la mejoría del estado de salud oral de una población determinada pasa a ser algo visible y un resultado concreto del trabajo desarrollado en equipo localmente.

PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD

El nuevo sistema de seguridad social amplía la cobertura y mejora la calidad de los servicios de salud. Se obtuvieron mayores recursos y financiación, destinados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la promoción de la salud se integran las acciones que se realizan en la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el fin de garantizar la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y de desarrollo de los individuos, las familias y las colectividades.

Promoción de la salud son aquellas actividades y procedimientos de carácter educativo e informativo a nivel individual y colectivo para crear o reforzar comportamientos y estilos de vida saludables así como informar sobre enfermedades, riesgos, factores protectores, los derechos y deberes de los ciudadanos en salud.

La **prevención** de la enfermedad es el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, el control y reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue y ocasione daños mayores o genere secuelas.

PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD

El nuevo sistema de seguridad social amplía la cobertura y mejora la calidad de los servicios de salud. Se obtuvieron mayores recursos y financiación, destinados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la promoción de la salud se integran las acciones que se realizan en la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el fin de garantizar la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y de desarrollo de los individuos, las familias y las colectividades.

Promoción de la salud son aquellas actividades y procedimientos de carácter educativo e informativo a nivel individual y colectivo para crear o reforzar comportamientos y estilos de vida saludables así como informar sobre enfermedades, riesgos, factores protectores, los derechos y deberes de los ciudadanos en salud.

La **prevención** de la enfermedad es el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, el control y reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue y ocasione daños mayores o genere secuelas.

PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD BUCAL

Una buena salud bucal se reconoce como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas. Tener dientes y encías saludables es esencial para eliminar fuentes de infección que puedan propagarse hacia otras partes del cuerpo y para disminuir incomodidades como el mal aliento. Es importante un manejo promocional y preventivo a la salud bucal, un mejoramiento del estado de la salud bucal de nuestra población a mediano y largo plazo. Es necesario realizar promoción y prevención en salud bucal en la comunidad con el fin de mantenerla en buenas condiciones. Para esto es necesario tener en cuenta las siguientes técnicas que evitaban que la boca se enferme:

- La higiene oral
- Aplicación de flúor
- Dieta adecuada

HIGIENE ORAL

Evita que los dientes y las encías se enfermen, es necesario eliminar la placa bacteriana que diariamente se nos forma en la superficie de los mismos. Hay dos métodos de limpieza, son: cepillado dental y uso de hilo dental.

APLICACION DE FLUOR

Es la medida más eficaz y económica para prevenir la caries dental y fomentar la salud bucodental. Hay diferentes métodos por los cuales se realiza la ingestión de flúor: por alimentos, pasta dental y topicaciones que realiza el profesional.

NUTRICION

La salud bucodental esta estrechamente relacionada con una alimentación bien equilibrada. La carencia de ciertos nutrientes podría disminuir la resistencia de los tejidos de la boca a las infecciones bacterianas. Aunque la mala nutrición no es la causa directa de éstas, se cree que las acelera y agrava.

LA SALUD BUCAL EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El sistema general de seguridad social provee los servicios y ejecuta las acciones, procedimientos e intervenciones a través del plan de beneficios. Este contiene cinco planes de atención en salud. los servicios de salud bucal están dentro de los siguientes planes,:

- PAB (Plan de Atención Básica)
- POS (Plan Obligatorio de Salud)

PLAN DE ATENCION BASICA (PAB)

Es un plan prestado por el Estado que contiene acciones de salud publica tales como información, educación para la salud y algunas actividades de prevención primaria y diagnóstico precoz en los individuos en el caso de patologías y riesgos , o en las comunidades en caso de enfermedades endémicas o epidémicas. La prestación del PAB es gratuita, obligatoria y de cobertura universal, es decir para toda la población. Su aplicación es a nivel nacional, departamental y local . El PAB es responsabilidad del Ministerio de Salud del Estado, quien formula y ejecuta en el contexto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con acciones costo-efectivas acordes a las disposiciones de la legislación sobre la materia.

Los departamentos y distritos deben diseñar en sus Planes Sectoriales

de Educación y Salud un Plan de Atención Básica, en el que deben participar también otros sectores del desarrollo social

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS)

Es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos a los que tienen derecho todos los afiliados al Régimen Contributivo. Debe ser garantizado por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

El decreto 1338 de 1994 define su contenido y forma de prestación, normatizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral expedidas por el Ministerio de Salud.

En el POS se privilegian el conjunto de actividades e intervenciones de mayor costo-efectividad, orientadas a la solución de patologías de mayor importancia para las comunidades, de acuerdo al perfil de morbimortalidad y las condiciones de tecnología existentes en el país.

Es importante hacer una visión integral del paciente en la práctica odontológica y no separar la salud bucal de las necesidades generales en salud. Debe buscarse una mejor condición de salud de la comunidad por medio del modelo de atención integral.

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DEL PAB

Educación en Salud Bucal	<ul style="list-style-type: none">• Indicaciones de higiene oral
	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos alimenticios
	<ul style="list-style-type: none">• Hábitos de crecimiento y desarrollo
	<ul style="list-style-type: none">• Promoción de visitas periódicas al odontólogo
	<ul style="list-style-type: none">• Información general de las causas de las enfermedades más comunes y manera de prevenirlas
Aplicaciones tópicas con flúor a escolares	
Control y vigilancia de la fluoruración de la sal para el consumo humano de la población	
Difusión de la información	<ul style="list-style-type: none">• Medios de comunicación masiva y material audiovisual Material didáctico en salud bucal con lenguaje sencillo e ilustraciones llamativas

ACTIVIDADES DE PROMOCION DEL POS

GRUPO	ACTIVIDAD
Menores de 1 año	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo en niños.• Instruir a las madres sobre la conveniencia de la lactancia materna.• Informar a las madres sobre el proceso de erupción de temporales y sus cuidados.• Enseñar a las madres hábitos de higiene bucal para niños de esta edad.
1 a 4 años	<ul style="list-style-type: none">• Estimular el uso de una técnica correcta de higiene bucodental .• Inducir a la asistencia a controles odontológicos periódicos• Informar a las madres sobre hábitos no saludables del niño y las formas indicadas para educarlos y corregirlos .• Informar a las madres sobre el proceso de erupción de temporales y sus cuidados.• Educar a las madres sobre correctos hábitos alimenticios y nutricionales.
5 a 9 años	<ul style="list-style-type: none">• Realizar actividades educativas que despierten el interés por mantener la salud bucal• Informar sobre la aparición de los dientes permanentes desde los 7 años.• Informar sobre las causas de las enfermedades bucales y las consecuencias que pueden generar si no se previenen.

	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar o iniciar los adecuados hábitos de higiene oral.• Explicar sobre el flúor y su importancia en la prevención de la caries• Advertir sobre las consecuencias de los hábitos no saludables.• Promover las visitas periódicas al odontólogo
10 a 19 años	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar la salud oral• Promover controles odontológicos periódicos• Estimular la buena nutrición• Reforzar correctos hábitos y técnicas de higiene bucal• Informar sobre hábitos orales no saludables

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL POS

GRUPO	ACTIVIDAD
Menores de 1 año	<ul style="list-style-type: none">• Controles odontológicos periódicos• Examen físico general y valoración integral del desarrollo del niño• Ilustración de los beneficios de la lactancia materna y de una nutrición adecuada• Valoración del crecimiento (valoraciones antropométricas)• Control de la erupción dental• Control de hábitos funcionales (respiración, fonación, deglución, succión) e identificación en cavidad oral.
1 a 4 años	<ul style="list-style-type: none">• Valoración del crecimiento y desarrollo (mediciones antropométricas)• Examen físico general y valoración del desarrollo psico-social y motriz• Educación sobre los buenos hábitos nutricionales y los beneficios de una nutrición rica en vitamina A, hierro y calcio• Control de la erupción dental• Educación en hábitos de higiene oral• Profilaxis, colocación de flúor tópico y sellantes

<p>5 a 9 años</p>	<ul style="list-style-type: none">• Valoración del crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático• promoción de la nutrición que estimule el crecimiento y desarrollo dento-maxilo-facial y que tenga alto contenido en vitamina A, hierro y calcio• Control de la erupción dental• profilaxis y aplicación del flúor tópico• Colocación de sellantes
<p>9 a 19 años</p>	<ul style="list-style-type: none">• Valoración del crecimiento (valoraciones antropométricas)• Control de la erupción dental• Educación en hábitos de higiene bucal

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar las actividades odontológicas de orden preventivo y curativo realizadas en el Programa Incremental en Salud Oral realizado por el Colegio Odontológico Colombiano en el Centro de Salud de Bravo Páez en el periodo transcurrido desde 1993. hasta finalizar el primer semestre de 1998.

5.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

5.2.2.1. Identificar la realización de tratamientos de orden preventivo en dientes temporales y permanentes (indicaciones de higiene oral, profilaxis, aplicaciones de fluor, aplicación de sellantes y resinas preventivas)

5.2.2.2. Identificar la realización de tratamientos de orden curativo en dientes temporales y permanentes (amalgamas, resinas, ionómeros, domos, coronas de acero, terapias pulpares y exodoncias)

5.2.2.3. Determinar el número de tratamientos terminados (controlados, no controlados) e inconclusos.

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio realizado es de tipo retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas.

2.2 POBLACIÓN

Se revisó un total de 1042 historias clínicas diligenciadas desde 1994 hasta el primer semestre de 1998.

2.3. DEFINICION DE VARIABLES

2.3.1. Número de indicaciones de higiene oral, profilaxis y aplicaciones de flúor.

2.3.2. Número total de dientes temporales y permanentes con tratamiento preventivo (profilaxis, aplicación de fluor, aplicación de sellantes y resinas preventivas)

2.3.3. Número total de dientes temporales y permanentes con tratamiento curativo (obturados con amalgama, resina, ionómero, coronas de acero, domos, terapias pulpares y exodoncias)

2.3.4. Número de tratamientos terminados (controlados y no controlados)

2.3.5. Número de tratamientos inconclusos.

2.4. INSTRUMENTO

Es el medio por el cual se recopilan los datos estadísticos que sirven como base de la investigación. El instrumento utilizado, está compuesto por una serie de datos tomados de las historias clínicas de la clínica odontológica Bravo Páez. (Ver anexo 3)

2.5. PROCEDIMIENTO

Para la realización de la investigación fue necesario seguir estos pasos:

- Solicitud de aprobación al centro de salud para hacer la revisión de las historias clínicas.
- Calibración de operadores para realizar de forma adecuada la recolección de datos.
- Reordenamiento de las historias clínicas por orden alfabético.
- Revisión de las historias clínicas.
- Recolección de datos basados en el instrumento.

3. RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos específicos propuestos, estos fueron los resultados obtenidos del proceso de revisión de 1042 historias clínicas

1. En 330 pacientes, entre 1 y 5 años se realizaron 2.869 actividades de prevención.
2. De 330 pacientes, entre 1 y 5 años, 315 recibieron indicaciones de higiene oral, profilaxis y fluor, que corresponden a un 95% de dicha totalidad, (Ver gráfica No. 1).
3. De 13.199 dientes temporales, 2.214 recibieron la aplicación de sellantes, los cuales corresponden a un 16.8% y 340 recibieron resinas preventivas que corresponden al 2.6%. (Ver Gráfica No. 2)
4. En 330 pacientes entre 1 y 5 años se realizaron 3.576 actividades de orden curativo. De las cuales el 11.2% son amalgamas, el 6.1% son resinas, el 1.8% son coronas de acero, el 1.9% son pulpotomías, el 0.2% son tratamientos convencionales de conductos, el 0.7% son obturaciones con ionómero, el 0.4% son domos y el 4.9% corresponden a exodoncias. (Ver Gráfica No. 3)
5. En 712 pacientes, entre 6 y 16 años se realizaron 3.524 actividades de orden preventivo.
6. De 712 pacientes, entre 6 y 16 años, 706 recibieron indicaciones de higiene oral, profilaxis y aplicación de fluor que corresponden al

99.1% de este total. (Ver Gráfica 4)

7. De 7.349 dientes permanentes, 2581 recibieron aplicación de sellantes que corresponden al 35.2% y 237 dientes recibieron resinas preventivas que corresponden al 3.2% del total. (Ver Gráfica No. 5)
8. En 712 pacientes entre 6 y 16 años se realizaron 1.485 actividades de orden curativos. De estos el 14% corresponde a amalgamas, el 5.4% corresponde a resinas, el 0.4% corresponde a extirpaciones pulpares, el 0.4% corresponde a exodoncias y el 0.1% corresponden a tratamientos convencionales de conductos. (Ver Gráfica No. 6)
9. De 1042 tratamientos se finalizaron 778 que corresponden al 75% del total y no se culminaron 264 (25%). (Ver gráfica No. 7)
10. De los 778 tratamientos terminados se controló el 62.3% y el 37.7% no fue controlado. (Ver Gráfica No. 8)

4.DISCUSION

En la investigación no se contempla la discusión con otros programas puesto que no existen reportes en el distrito ni en Colombia sobre programas incrementales en salud oral a 5 años; sin embargo dicha discusión se realiza con base en la teoría brasilera, donde se miden dos índices de productividad del capítulo de indicadores de éxito.

ÍNDICE DE COBERTURA

$$\frac{\text{Tratamientos completados}}{\text{Tratamientos iniciados}} \times 100\% =$$
$$\frac{778}{1042} \times 100\% = 74.6\%$$

ÍNDICE DE EFICACIA

$$\frac{\text{Tratamientos iniciados} - \text{Tratamientos completados}}{\text{Tratamientos iniciados}} \times 100\% =$$
$$\frac{1042 - 778}{1042} \times 100\% = 25.3\%$$

5. CONCLUSIONES

- ◆ La población casi en su totalidad (98.7%) recibió instrucciones de salud oral, profilaxis y aplicación tópica de fluor.
- ◆ El número de actividades preventivas realizadas en pacientes de 1 a 5 años correspondieron a 2869, mientras que el número de actividades curativas correspondieron a 3576, siendo mayores estas últimas. (Ver Gráfica No 9)
- ◆ El número de actividades preventivas realizadas en pacientes de 6 a 16 años, correspondió a 3.524 siendo mayores estas, puesto que el número de actividades de orden curativo correspondieron a 1.485. (Ver Gráfica No 10)
- ◆ Del total de tratamientos iniciados (1042) un alto porcentaje (74.7%) se terminó, se controló 46.6%, quedando un menor porcentaje sin controlar (28.1%).
- ◆ Del total de tratamientos iniciados (1042), el 25.3% no se concluyó.

6. RECOMENDACIONES

Para facilitar futuras investigaciones se recomienda:

- Reordenamiento de las historias clínicas, teniendo en cuenta un orden alfabético, fecha de iniciación de la historia clínica y/o fecha de nacimiento del paciente.
- Desagregar resultados anualmente y realizar un informe.
- Concientización de docentes y estudiantes en el buen diligenciamiento de las historias clínicas como documentos legales y bases de datos para la elaboración de los diagnósticos y evolución debida de los tratamientos.

Con el fin de ampliar la cobertura de atención a la población para un mejoramiento en su calidad de vida se recomienda:

- ◆ Buscar la expansión de programas de promoción y prevención en salud oral para escolares similar al Programa Incremental realizado en la clínica extramural del Colegio Odontológico Colombiano en el Centro de Salud de Bravo Páez. Teniendo en cuenta la existencia de una población que por razones laborales y por causas de guerra, migran a otras localidades.

BIBLIOGRAFIA

1. GOMEZ, Victor, PITRONI Luis C., VERNEY Paulo A., "Sistema Incremental", Atención Odontológica para Escolares, Porto Alegre Brasil. Fecha no referenciada.

2. ROSSETI, Hugo, Salud para la Odontología "Pilares para un Plan de Salud" Primera Ed. Agosto 1995. Páginas 101-109. Impreso en Argentina

3. Ministerio de Salud de Santafé de Bogotá, Promoción y Prevención en Salud Bucal, 1996

ANEXOS

ANEXO 1

CONVENIO DOCENTE- ASISTENCIAL

SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SAN JORGE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y EL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Entre los suscritos MARIA PAZ AZULA GRANADA, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con C.C. No. 51.721.026 de Bogotá, Medico Director del HOSPITAL SAN JORGE PRIMER NIVEL DE ATENCION, según Decreto 035 de enero 14 de 1994, obrando en su calidad de Representante Legal del mismo, establecimiento público del orden distrital dotado de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito en materia técnico- científica- administrativa financiera y de personal a la Secretaria Distrital de Salud, y debidamente facultado por la ley 10 de 1990, el acuerdo 20 de 1990, la resolución 000663 de marzo 13 de 1992 y la resolución 04074 del 19 de marzo de 1993, quien en adelante se llamara HOSPITAL SAN JORGE Primer nivel de atención, y por otra parte ANTONIO JOSE PAEZ GARCIA , identificado con CC No. 17 .010.611, de Bogotá, mayo de edad, domiciliado en la ciudad, en su calidad de Rector y Representante Legal del COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO, como entidad reconocida mediante Personería Jurídica 2087 de mayo 9 de 1974, quien para los efectos de este contrato se denominara LA FACULTAD, teniendo en cuenta - PRIMERO. Que dentro del sistema general de seguridad social en salud, es necesario desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del mismo sector, y con las del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente asistencial, SEGUNDO- Que el HOSPITAL es un organismo integrante, de acuerdo al artículo 18 del decreto 1298 del 22 de junio de 1994, del sistema general de seguridad social en salud, como una institución prestadora de servicios de salud pública, adscrita dentro del sistema nacional de salud a la secretaria distrital de salud de Santa Fe de Bogotá, D.C. TERCERO. Que en el HOSPITAL ha existido una tradición en el desarrollo de planes académicos y asistenciales y con diferentes entes

docentes en el campo de la salud. CUARTO- Que existe mutuo interés y entendimiento para el logro de la integración docente asistencial como estrategia fundamental para impulsar un proceso de planificación y desarrollo de recursos humanos en salud, acordes con la realidad nacional y el cumplimiento 1210 de 1978 y debidamente facultado por la ley 10 de 1990, artículo 9o literal n y artículo 11 literal 1, el Acuerdo 20 de 1990, artículo 3o literal k y el artículo 91 decreto 1298 de 1994 y las resoluciones que hayan sido expedidas fijando requisitos mínimos para el funcionamiento de los programas docentes, QUINTO.- Que es necesario establecer bases de cooperación entre el HOSPITAL y LA FACULAD para el desarrollo integrado de programas docentes- asistenciales, en el campo de la salud oral. Hemos acordado celebrar el presente convenio docente-asistencial, que se regirá por las siguientes cláusulas: CLAUSULA PRIMERA-OBJETIVOS: El presente CONVENIO establece las bases de cooperación entre EL HOSPITAL y LA FACULTAD para el desarrollo integrado de docente-asistenciales en el campo de salud oral, en preescolares y escolares en el área de prevención, teniendo en cuenta que la responsabilidad principal del HOSPITAL es brindar a la población, atención médica y de salud como Primer Nivel de Atención, dentro de los principios de eficiencia, universalidad, y solidaridad, consagrados en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia; y de la FACULTAD es formar y preparar profesionales para trabajar en el campo de la salud oral, respetando ambos sus respectivas órbitas de competencia y los mecanismos que se definen en el presente contrato. Que el cumplimiento de este objetivo deberá traer como consecuencia por un lado, el mejoramiento de la calidad de la atención que se brinda a la comunidad en las instalaciones del HOSPITAL, por otro lado, que los programas del área de la salud de LA FACULTAD pueden disponer de campos de práctica para el adecuado desarrollo de la labor docente- asistencial en el HOSPITAL, por consiguiente, en el HOSPITAL se realizarán para los fines de este contrato actividades docentes asistenciales y la FACULTAD podrá realizar estas actividades básicamente en los programas de salud oral, especialmente en consulta externa (valoración oral), además en coordinación con el área intrahospitalaria (valoración oral prequirúrgica, quirúrgica y postquirúrgica), urgencias, investigación que realizara LA FACULTAD en el HOSPITAL son: a) EL HOSPITAL y la FACULTAD seguirán el siguiente trámite para la aprobación y desarrollo de los programas: LA FACULTAD presentara AL HOSPITAL los programas que pretende desarrollar con las especificaciones de denominación, propósitos, objetivos, números de estudiantes, actividades, duración, métodos de supervisión y evaluación, personas que lo dirigirán por parte de la FACULTAD y financiación con una anticipación de (60) días al inicio de los mismos. ELHOSPITAL mediante su

comité técnico-científico manifestara por escrito a LA FACULTAD su aceptación o reparo dentro de los (30) días siguientes a su presentación y la FACULTAD decidirá de inmediato. A continuación se suscribirá un acta la cual hará parte del presente contrato. LA FACULTAD dará su aprobación para iniciar el desarrollo de las actividades docentes asistenciales. b)- LA FACULTAD dará facilidad continuidad a los programas y si por circunstancias justificadas plenamente demostradas se ve obligada a suspenderlos dará aviso con sesenta (60) días de antelación a la fecha a partir de la cual suspenderá los mencionados programas al HOSPITAL, salvo los casos de fuerza mayor o caso fortuito. En las mismas condiciones el HOSPITAL informara a LA FACULTAD de la imposibilidad de seguir con el programa. c) - No obstante la asignación de estudiantes por parte de LA FACULTAD, las partes contratantes previo y común acuerdo, convienen que en todo caso, la disponibilidad de estudiantes atrás fijada, queda acondicionada al número de alumnos con el cual pueda contar LA FACULTAD para el respectivo reparto. d) INVESTIGACION. La realización de programas de investigación por parte de la FACULTAD en las instalaciones del HOSPITAL, se regirá por las normas establecidas en el artículo 15 del decreto 1210 de 1978, de esta forma, LA FACULTAD deberá aprobar por medio de sus órganos respectivos el protocolo investigativo y manifestar ese hecho AL HOSPITAL, por escrito; el cual deberá ser aprobado posteriormente por el Comité científico DEL HOSPITAL, acreditándose por la entidad docente que la investigación no contraviene las decisiones administrativas, técnicas y científicas del HOSPITAL y sobre todo deberá considerar previamente si este tiene adecuada financiación.

CLAUSULA TERCERA.- AREA DE INFLUENCIA. El área de influencia para el presente convenio docente-asistencial, esta construida por el área de influencia misma del HOSPITAL. En principio se atenderán las actividades en el Centro de Salud Bravo Páez.

CLAUSULA CUARTA- OBLIGACIONES DEL HOSPITAL: Corresponde al HOSPITAL en especial:

1. Poner a disposición de los programas docente-asistenciales los recursos humanos y físicos que sean necesarios, de acuerdo a los programas establecidos por la FACULTAD y aceptados por el HOSPITAL.
2. Manifestar por escrito su aceptación o reparo dentro de los treinta (30) días siguientes de la prestación de los programas docente-asistenciales que sean presentados oficialmente por la FACULTAD, de acuerdo con la capacidad que tenga, para que en él realice las actividades docente-asistenciales programadas.
3. Informar oportunamente a la FACULTAD las decisiones administrativas relacionadas con el desarrollo de los programas docentes- asistenciales que tengan origen en las directivas del HOSPITAL.
4. Realizar semestralmente un informe teniendo en cuenta los informes que sobre el particular rinda el comité coordinador docente-

asistencial.- 5. Con el fin de mejorar el programa, el HOSPITAL tomara en cuenta la evaluación y recomendaciones que haga la FACULTAD sobre los programas docente-asistenciales. 6. Garantizar la correcta utilización por parte del personal del HOSPITAL, de los edificios, instalaciones, equipos y demás elementos de la FACULTAD que utilicen y responder por su reparación o reposición si fuere necesario, en caso de daños imputados específicamente a docentes, estudiantes y otro personal del HOSPITAL. 7. Suministrar un formato para inventarios. CLAUSULA QUINTA. -DE LAS OBLIGACIONES DE LA FACULTAD. Corresponde a LA FACULTAD en especial: 1. presentar al HOSPITAL con un plazo mínimo de sesenta (60) días anteriores a la iniciación de los programas, aquellos que proyecta realizar, iniciando con claridad su denominación, propósitos y objetivos, número de estudiantes, actividades, duración, métodos de supervisión y evaluación, personas que los dirigirán por parte del ente docente y su finalización: 2. Analizar y decidir sobre las observaciones que formule el HOSPITAL a los programas docente-asistenciales que haya propuesto. 3. Responsabilizarse de programar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar la realización de los programas. 4. Cooperar con el HOSPITAL para que en él se cumpla en mejor forma su función asistencial. 5. Estudiar y resolver las solicitudes de los funcionarios del HOSPITAL, para participar en las actividades docente-asistenciales. 6. Con el fin de mejorar el programa docente-asistencial, la FACULTAD tomara en cuenta la evaluación y recomendaciones, sobre los programas docente-asistenciales. Garantizar la correcta utilización por parte del personal de la FACULTAD de los edificios, instalaciones, equipos y demás elementos del HOSPITAL que utilice y responder por su reparación y reposición si fuere necesario en caso de daños imputados específicamente a docentes, estudiantes y otro personal de la FACULTAD. 8. Enviar a todo el personal de la FACULTAD que rote por el HOSPITAL con vacunación previa contra Hepatitis B. 9. Enviar el listado de insumos y materiales necesarios para la prestación del servicio mínimo con un mes y medio (45 días) de antelación al momento en que se calcule se requiera. 10. Los estudiantes prestaran sus servicios en un horario de 8am a 4 PM 11. Se deberán reunir el comité coordinador una vez por semestre para evaluar funciones. 12. Crear e implementar el formato para inventarios. CLAUSULA SEXTA.-DE LA ADMINISTRACION Y DIRECCION DEL HOSPITAL: la estructura y funciones del HOSPITAL son las determinadas por sus normas internas. PARAGRAFO 1. Sin perjuicio de las obligaciones que se derive de su vinculación con la entidad docente durante la vigencia del presente contrato, toda persona que desarrolle actividades docente-asistenciales, se someterá a los reglamentos y normas administrativas que rigen en el HOSPITAL.

PARAGRAFO 2. En función de las actividades docentes asistenciales y cuando se requiera EL HOSPITAL proveerá alojamiento y alimentación al personal de LA FACULTAD que así lo amerite. CLAUSULA SEPTIMA .- ORGANO DE COORDINACION . En virtud del presente convenio se conformara un comité de coordinación integrado por dos (2) representantes designados por la FACULTAD y dos (2) representantes designados por el HOSPITAL. Este comité tendrá por función la coordinación y evaluación de las actividades docente-asistenciales y servirá de organismo asesor de las entidades involucradas en ella y acorde con la evaluación hará las recomendaciones para la continuidad, modificación o finalización de los programas en desarrollo.

CLAUSULA OCTAVA.- ORGANIZACION DE ACTIVIDADES DOCENTES: a. La función prioritaria del HOSPITAL es la asistencial, en consecuencia el ejercicio de las funciones docentes, no podrá interferir con la buena marcha asistencial. b. Cuando por razón de las actividades docentes, el HOSPITAL incurra en costos mayores de los derivados de la asistencia normal, estos costos estarán a cargo de la entidad docente, entendiéndose por costos mayores por actividad docente aquellos valores de procedimientos que el comité coordinador determine como exclusivamente de interés docente, para lo cual se fijan los siguientes mecanismos. para determinar la cuantía y su forma de pago: EL HOSPITAL teniendo en cuenta los precios vigentes establecidos para la venta directa de los servicios, presentará mensualmente una relación de los procedimientos que se hubieren efectuado a la FACULTAD para que sean cancelados. c. Todo personal asistencial del HOSPITAL tiene obligaciones tanto en la asistencia como en la docencia. Del mismo modo el personal docente que esta involucrado en las actividades docente-asistenciales, deberá además de ejercer la docencia, prestar los servicios asistenciales al tenor de las funciones y actividades que desarrolle el HOSPITAL.

CLAUSULA NOVENA.- REGIMEN DE PERSONAL: EL HOSPITAL Y LA FACULTAD acuerdan el siguiente régimen del personal: 1. PERSONAL DEL HOSPITAL: a. Los funcionarios por EL HOSPITAL tendrán obligación de hacer docencia dentro de sus deberes en la prestación de servicios sin que este se deteriore, sino al contrario que se mejoren, así como estimular la investigación de acuerdo con lo expresado en el artículo 13 en el decreto 1210 de 1978. El director del HOSPITAL asignara las tareas docentes de acuerdo con los programas de la FACULTAD previamente aprobados. b. El personal del HOSPITAL participara en el desarrollo de las actividades docente-asistenciales de los programas señalados y que se ejecuten al tenor de las normal y procedimientos que defina el ente docente y en concordancia con los programas que hayan sido aceptados por el HOSPITAL . c. El funcionario del HOSPITAL que participe en actividades docente-asistenciales, puede solicitar de la entidad docente el

reconocimiento de la respectiva dignidad académica. La entidad docente deberá estudiar la solicitud y devolverla al tenor de sus propios reglamentos. Dicho reconocimiento no tiene implicación laboral, salvo cuando la entidad docente lo incluya en la planta anexa de personal que proporciona para dicha actividad.

2. PERSONAL DOCENTE DE LA FACULTAD: a. la FACULTAD destinara y pagara directamente a sus docentes de planta y el HOSPITAL no tendrá ninguna relación laboral con ellos, sin embargo, este ultimo previo concepto del comité técnico científico podrá objetar la designación de un docente por calidades profesionales, de acuerdo a los programas aprobados. b. Los docentes designados por la FACULTAD para la realización de los programas docente asistenciales, estarán bajo la dependencia administrativa del Director del HOSPITAL y se sujetará y respetarán la reglamentación y normas establecidas en él, pero solo en lo relacionado con la ejecución del presente CONTRATO El Rector de LA FACULTAD o su delegado participará en el Comité Técnico Científico del HOSPITAL, para contribuir a decidir en los aspectos científicos y tecnológicos, para la selección de procedimientos, técnicas, planes y programas y para adelantar labores de control y evaluación de la prestación del servicio oral, según lo establecido en la Ley 10 del 10 de Enero de 1990, y podrá participar como delegado en representación de las facultades para participar como delegado en representación de las facultades para participar en la Junta Directiva del HOSPITAL acorde con la misma ley.

3. ESTUDIANTES: a) El número de los estudiantes en práctica en los diferentes departamentos del HOSPITAL se fijará previamente y de común acuerdo, para cada periodo académico entre el HOSPITAL y la FACULTAD, tomando en consideración el periodo académico que se encuentran, así como las facilidades que posea el HOSPITAL para la realización de las actividades docente-asistenciales. b) Los estudiantes durante su práctica se ceñirán estrictamente a los reglamentos, normas y procedimientos de carácter técnico-administrativo, disciplinario y de atención médica emanados de EL HOSPITAL. c) En todo caso, los estudiantes dependerán académicamente de la FACULTAD. d) Los estudiantes harán en las instalaciones del HOSPITAL las prácticas que le sean ordenadas y exigidas por la FACULTAD de acuerdo con el nivel académico correspondiente y en cumplimiento de ellas, contribuirán al desarrollo de las labores propias de tales organismos como parte de su formación. e) Los estudiantes no podrán recibir ninguna clase de . propios por la atención que se presenten el HOSPITAL, salvo disposición legal en contrario.

PARAGRAFO: Los estudiantes que participen en actividades docente-asistenciales no adquirirán relación laboral de ninguna índole con la entidad docente, ni con la asistencia

4. REGIMEN DISCIPLINARIO a) LA FACULTAD estudiará las contravenciones a los reglamentos del HOSPITAL en que incurran los estudiantes o docentes durante

el desarrollo de las actividades docente-asistenciales y establecerá las sanciones a que haya lugar, de acuerdo a su régimen interno e informará al HOSPITAL por escrito sobre las sanciones establecidas. b) EL HOSPITAL estudiará las faltas disciplinarias en que incurra el personal durante el desarrollo de las actividades docente-asistenciales y establecerá las sanciones a que haya lugar, de acuerdo al procedimiento consagrado en la ley 13 de 1984, e informará a LA FACULTAD de las sanciones establecidas. CLAUSULA DECIMA.- EQUIPOS Y DOTACIONES : En las actividades docente-asistenciales del presente convenio utilizarán cinco (5) Unidades Odontológicas, equipos y dotaciones que posee la entidad docente, las cuales serán recibidos a título de donación, préstamo o comodato, por inventario en el HOSPITAL y su mantenimiento y operación será a cargo de la FACULTAD y en contra prestación el mantenimiento del servicio de aseo estará a cargo del HOSPITAL. En este sentido para garantizar la integridad de los equipos el HOSPITAL constituía una póliza equivalente al 10% del valor de los mismos y con vigencia igual a la duración del convenio. CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- CONTRATOS ADICIONALES : Las partes se comprometen a la forma del presente contrato para concretar lo correspondiente a la implementación de: recursos humanos físicos y financieros para el desarrollo de cada uno de los programas docente-asistencial, podrán celebrarse contratos adicionales de común acuerdo entre las partes, con el fin de resolver cualquier situación nueva no prevista en el presente convenio o de introducir variaciones de acuerdo con los programas que se vayan a realizar. CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- INTERPRETACION DEL CONTRATO: Todo lo relacionado con el análisis, interpretación y ejecución de este contrato y sus contratos adicionales, será tratado entre el director del HOSPITAL o su delegado y el Representante de la FACULTAD, o su delegado. CLAUSULA DECIMO TERCERA VIGENCIA DEL CONTRATO: La vigencia de este contrato será de cinco (5) años contados a partir de su perfeccionamiento, pudiendo prorrogarse a voluntad de las partes, de acuerdo con los resultados de las evaluaciones. Para este efecto, las partes suscribirán el o los respectivos contratos adicionales. Unilateralmente se podrá dar por terminado de común acuerdo entre las partes en cualquier momento, previo aviso escrito, dirigido por el representante legal de la parte que desea darlo por terminado al representante legal de la otra parte, con una anticipación de dos(2) meses. CLAUSULA DECIMA CUARTA: Los aspectos no previstos en este contrato se regirán por lo establecido en las disposiciones legales correspondientes y en especial al decreto 1210 de 1978 o norma que lo modifique. CLAUSULA DECIMA QUINTA.- PERFECCIONAMIENTO: Este contrato se entenderá perfeccionado con la suscripción del mismo por parte de los contratantes. Para constancia se firma el presente en la ciudad de Santa Fe

de Bogotá, D.C. a los () días del mes de Mil novecientos noventa y cuatro(1994).

En constancia se firma por la que en ella intervinieron

**MARIA PAZ AZULA GRANADA
GARCIA**

CC No. 51.721.026 de Bogotá
EL HOSPITAL SAN JORGE
COL.

ANTONIO JOSE PAEZ

CC No. 17.010.611 de Bogotá
COLEGIO ODONTOLOGICO

ANEXO 2.

CONVENIO ADICIONAL DOCENTE ASISTENCIAL ENTRE EL HOSPITAL SAN JORGE PRIMER NIVEL Y LA UNIVERSIDAD COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO POSTGRADO ENDODONCIA Y PERIODONCIA

OBJETIVOS

Establecer bases de cooperación entre el HOSPITAL SAN JORGE PRIMER NIVEL de atención y la UNIVERSIDAD COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO, para el desarrollo integrado del programa docente asistencial en el campo de la salud, particularmente en el área de odontología. Teniendo en cuenta que la responsabilidad principal del Hospital San Jorge primer nivel de atención, es brindar a la población atención odontológica y salud en general de buena calidad, y la de la Universidad es preparar y formar personal idóneo para trabajar en el campo de la odontología, respetando ambos sus respectivas órbitas de competencia y los mecanismos que se definen con el presente convenio.

El cumplimiento de este objetivo debe tener como consecuencia.

- El mejoramiento en la calidad de la atención brindada en la comunidad del Hospital San Jorge primer nivel de atención
- la universidad pueda disponer de área de practica para el desarrollo de la labor docente asistencial en el Hospital San Jorge primer nivel de atención.
- Se realizaron para los fines de este convenio actividades docente-asistencial a cargo de la universidad, básicamente en los programas de salud oral, y específicamente en el área de endodoncia y periodoncia, previa aprobación de las partes. Se entiende como actividad docente-asistencial la definida en el artículo primero del decreto 190 de 1996.

PROPOSITO

Buscando reducir el alto índice de dientes con secuelas de caries (necrosis pulpares) en los pacientes tratados odontológicamente, estos quedan a la deriva

buscando solución definitiva de su problema.

Este no tiene más que dos alternativas, la exodoncia del diente afectado o el tratamiento de conductos en el caso que si se pueda realizar, todo depende de la capacidad económica del paciente y/o el grado de ignorancia que posee (ya que muchas veces recurren a la exodoncia sin saber que puede haber otra alternativa).

Debido a estos fenómenos se requiere dar cubrimiento con el servicio de endodoncia y periodoncia como complemento a los tratamientos odontológicos ofrecidos por el hospital San Jorge primer nivel de atención a la población.

Este convenio significa beneficio mutuo para las partes ya que por un lado se da cubrimiento a la población necesitada y por el otro lado a la universidad se le generan los pacientes que son en un momento dado la materia prima para la practica de sus estudiantes.

COMPROMISO DEL HOSPITAL SAN JORGE PRIMER NIVEL

El Hospital San Jorge primer nivel de atención se compromete a:

- Suministrar los pacientes para estos programas (endodoncia y periodoncia), emanados de los centros de salud pertenecientes al Hospital San Jorge Primer nivel de atención.
- Suministro del local (Centro de salud de Bravo Páez) para dos unidades odontológicas y los servicios públicos requeridos (acueducto y electricidad) para el funcionamiento de dichos programas.
- Suministro de un equipo de rayos X para toma de radiografías periapicales
- Suplir ocasionalmente la falta de algún material odontológico necesario para la practica, siempre y cuando no se convierta de cotidianidad para el hospital.

COMPROMISO DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

El Colegio odontológico Colombiano se compromete a :

- Suministrar dos unidades odontológicas, instalación y mantenimiento de estas, lo mismo que el equipo de rayos x .
- Suministrar los alumnos del postgrado de endodoncia y periodoncia
- Suministro del material e instrumental odontológico, a cargo de los estudiantes.
- Suministro del o los docentes o instructores del quienes dependerán los estudiantes. Es de aclarar que el docente lo mismo que los alumnos no tendrán ningún vinculo laboral con fines de nomina en el Hospital San

Jorge primer nivel.

- Cumplir el horario de atención estrictamente, a fin de no faltarle a los pacientes ya citados. para dicho fin se cuenta con disponibilidad horaria de ocho (8) horas al día durante la semana a partir de las 7am; para este punto en especial la universidad distribuirá sus alumnos y la asistencia intercalada de los postergados dándolos a conocer oportunamente al hospital.
- Presentar al hospital San Jorge primer nivel de atención, una póliza de responsabilidad contra terceros en caso de accidentes o iatrogenia.

COMPROMISOS MUTUOS

El hospital San Jorge primer nivel de atención y el Colegio Odontológico se comprometen a

- Brindar una atención tal que el único beneficiado sea el paciente que solicita el servicio.
- Mantener buenas relaciones laborales, en el trato a los pacientes y con el personal que labora allí, lo mismo que alumnos y docentes.
- El valor pago efectuado por los pacientes será recibido solamente por el cajero a cargo del hospital San Jorge primer nivel

Es de aclarar que a los alumnos les queda prohibido recibir o cobrar cualquier tipo de cantidad o valor que signifiquen un costo para el paciente.

ANEXO 3.
INSTRUMENTO

BASE DE DATOS CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE BRAVO PÁEZ 1994- 1998

DATOS	TOTAL	%
Total de H.C		
H.C 1994		
H.C 1995		
H.C 1996		
H.C 1997		
H.C 1998		
Hombres		
Mujeres		
Profilaxis y aplicación de fluor		
Total dientes		
Promedio de Dientes por Paciente		
Total dientes permanentes		
Total dientes temporales		
Tratamientos terminados		
Tratamientos inconclusos		
Tratamientos terminados y controlados		
Tratamientos terminados y no controlados		
H.C 0 a 6 años		
H.C 6 a16 años		
Promedio de Dientes Sanos por Paciente		
Promedio de Dientes Cariados por Paciente		
DIENTES PERMANENTES		
Dientes permanentes sanos		
Amalgamas en permanentes		
Resinas preventivas en permanentes		
Resinas en permanentes		
Sellantes en permanentes		
Dientes permanentes sin ningún tratamiento		
Total Permanentes Tratados		
Permanentes Cariados		
Extirpaciones pulpares en permanentes		
Exodoncias en permanentes		
Tratamientos de conductos en permanentes		
Tratamiento preventivo en permanentes		
Tratamiento curativo en permanentes		
Total de permanentes Cariados no Tratados		

DATOS	TOTAL	%
DIENTES TEMPORALES		
Dientes temporales sanos		
Amalgamas en temporales		
Resinas preventivas en temporales		
Resinas en temporales		
Sellantes en temporales		
Dientes Temporales Sanos sin Tratamiento		
Dientes Temporales Cariados		
Coronas de acero en temporales		
Pulpotomias en temporales		
Tratamientos de conductos temporales		
Ionómeros en temporales		
Domos en temporales		
Exodoncias en temporales		
Total Temporales Tratados		
Total Temporales Cariados no Tratados		
Tratamiento Preventivo en Temporales		
Tratamiento Curativo en Temporales		

ANEXO 4.

GRAFICOS

**INDICACIONES DE HIGIENE ORAL, PROFILAXIAS Y APLICACIÓN DE FLUOR EN
PACIENTES DE 1 A 5 AÑOS**

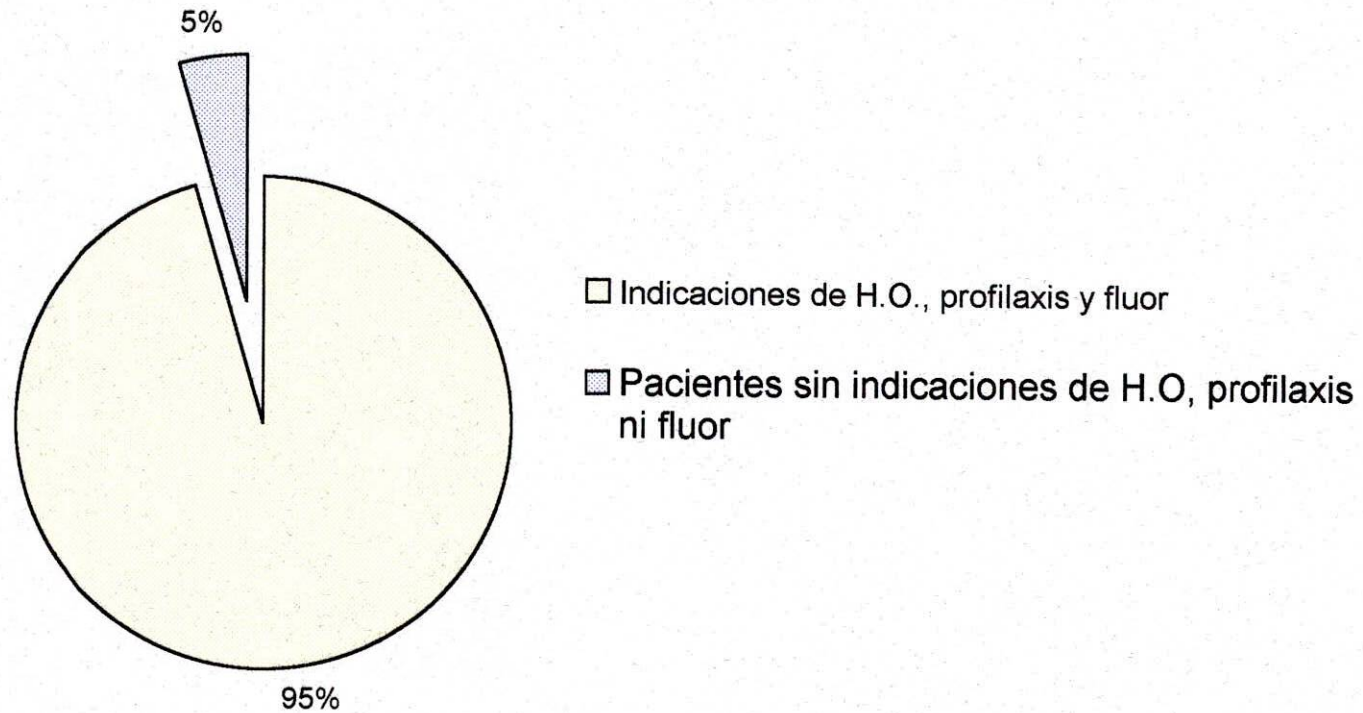
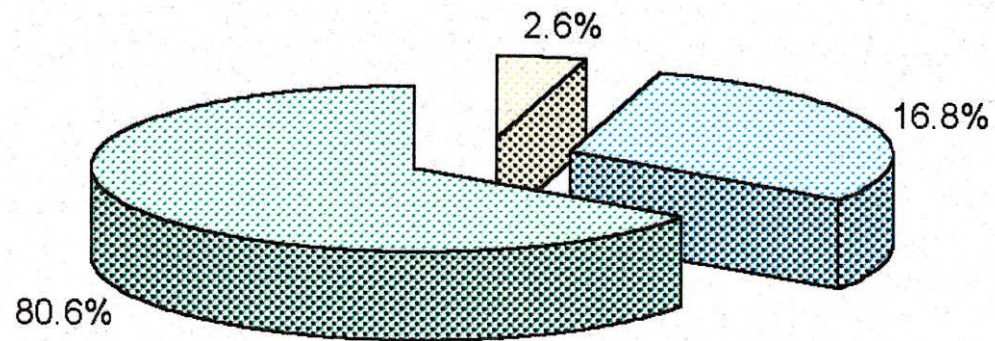


Gráfico 1

TRATAMIENTO PREVENTIVO EN DIENTES TEMPORALES



- Resinas preventivas en temporales
- Sellantes en temporales
- Dientes Temporales Sanos sin Tratamiento

Gráfico 2

TRATAMIENTO CURATIVO EN DIENTES TEMPORALES

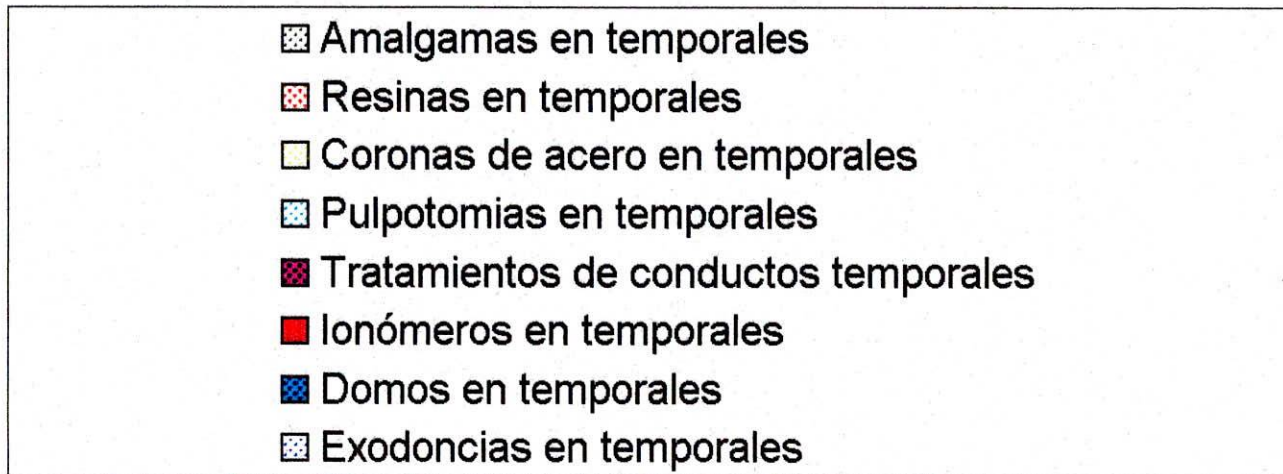
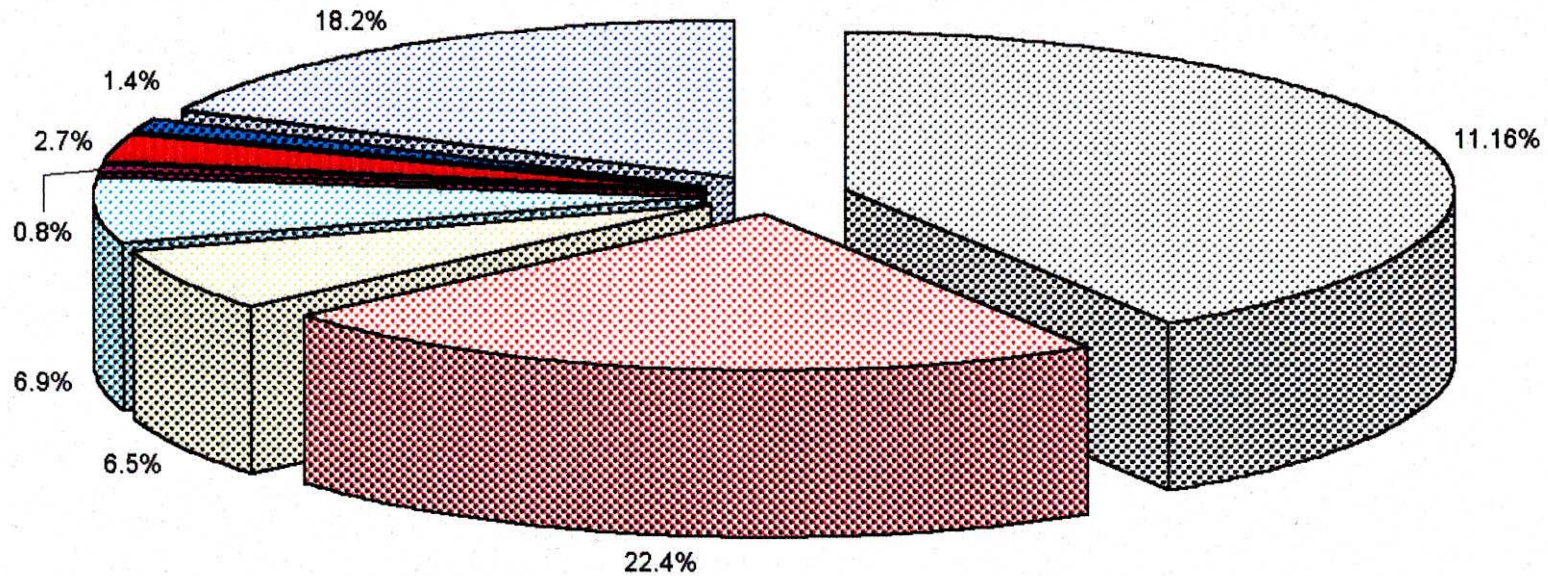


Gráfico 3

**INDICACIONES DE HIGIENE ORAL, PROFILAXIS Y APLICACIÓN DE FLUOR EN
PACIENTES DE 6 A 16 AÑOS**

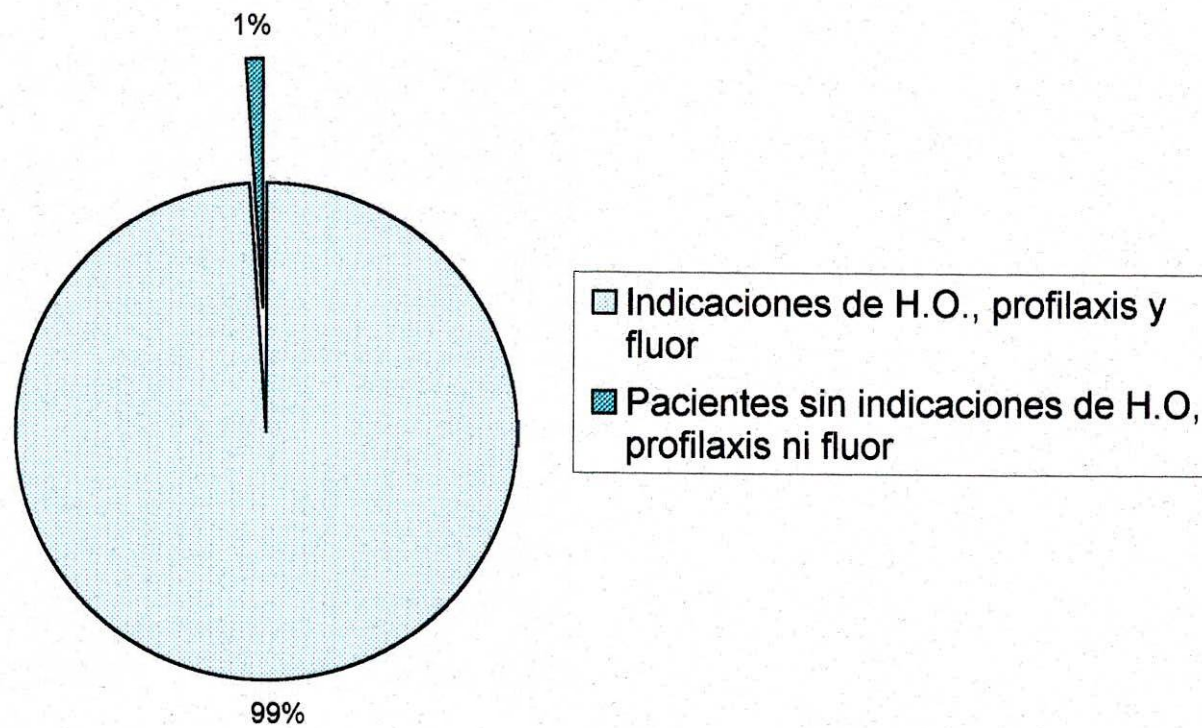
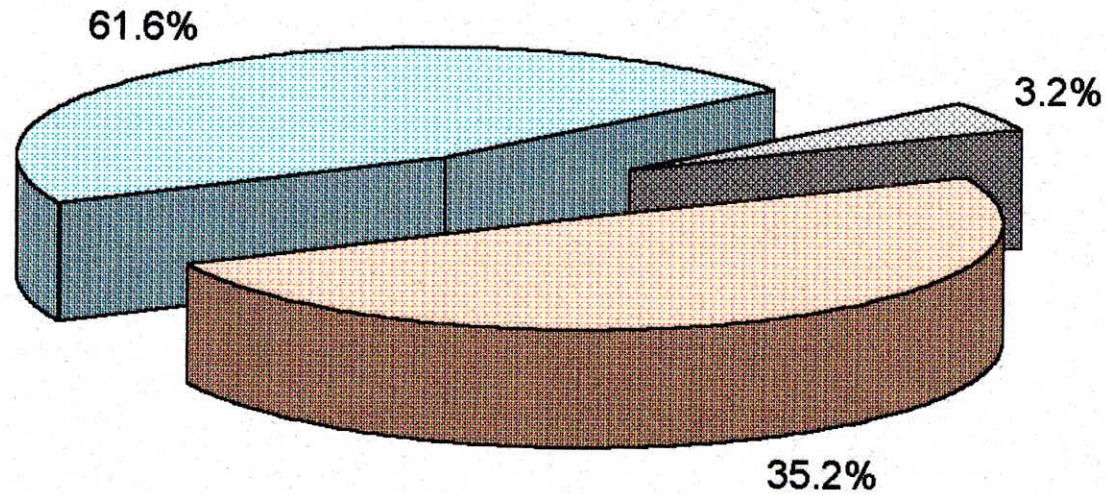


Gráfico 4

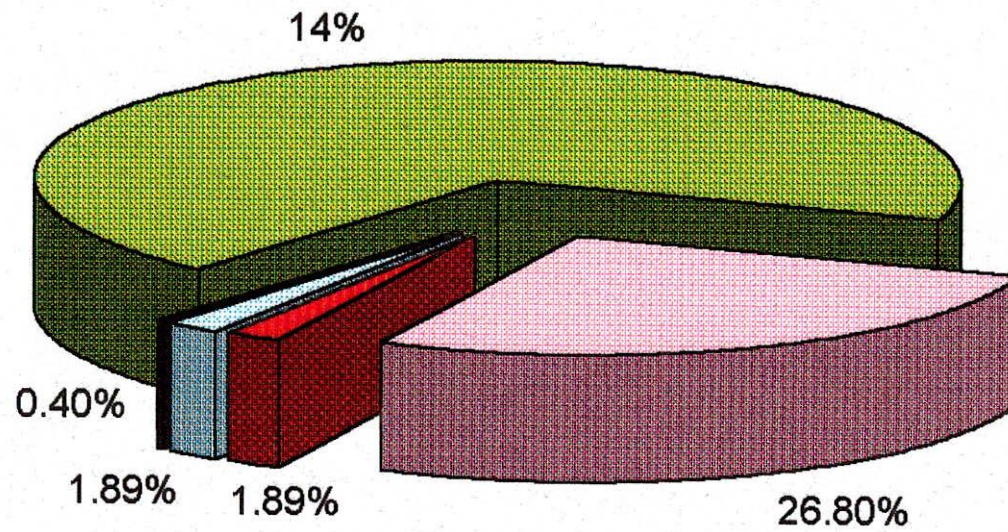
TRATAMIENTO PREVENTIVO EN DIENTES PERMANENTES



- Resinas preventivas en permanentes
- Sellantes en permanentes
- Permanentes solo con indicaciones de H.O., profilaxis y fluor

Gráfico 5

TRATAMIENTO CURATIVO EN DIENTES PERMANENTES



- Amalgamas en permanentes
- Resinas en permanentes
- Extirpaciones pulpares en permanentes
- Exodoncias en permanentes
- Tratamientos de conductos en permanentes

Gráfico 6

TRATAMIENTOS INICIADOS

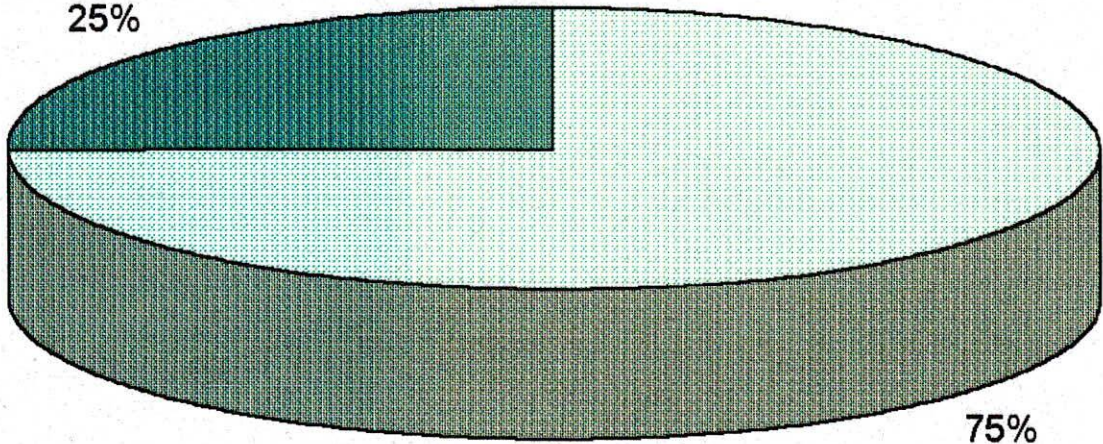
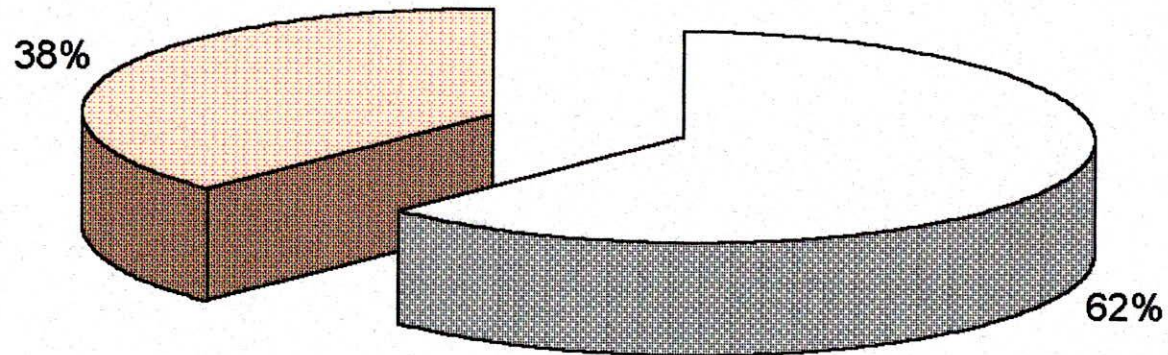


Gráfico 7

DISTRIBUCIÓN DE TRATAMIENTOS TERMINADOS



- Tratamientos terminados y controlados
- Tratamientos terminados y no controlados

Gráfico 8

TIPO DE TRATAMIENTO EN DIENTES TEMPORALES

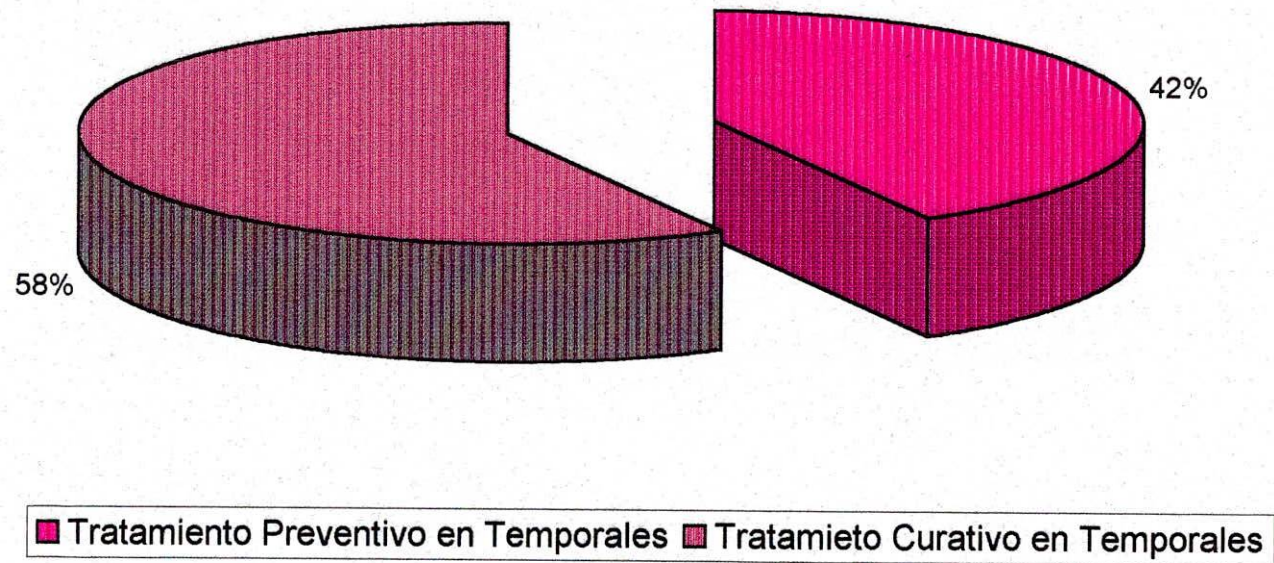
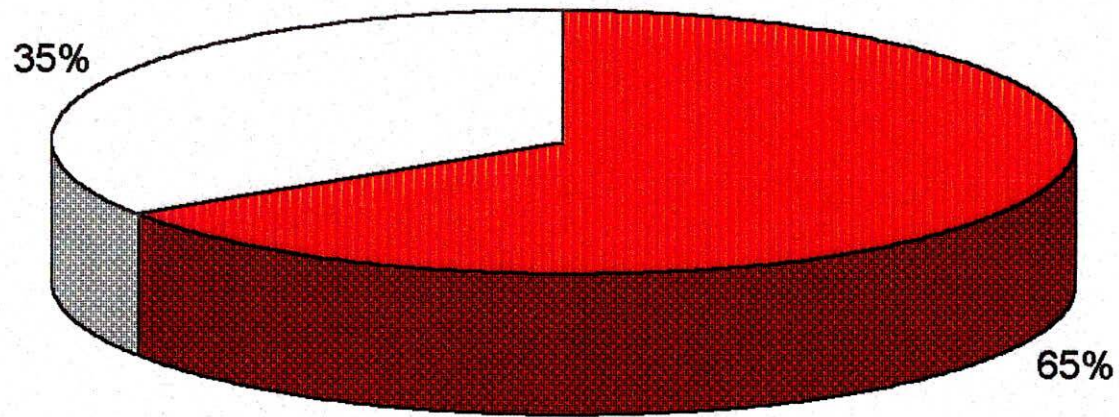


Gráfico9

TIPO DE TRATAMIENTO EN DIENTES PERMANENTES



- Tratamiento preventivo en permanentes
- Tratamiento curativo en permanentes

Gráfico 10

ANEXO 5.
DIPOSITIVAS