

t.O
0016-01

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SALUD PUBLICA

1982

12-6-01-01

INDICE

Página

INTRODUCCION

CAPITULO I

1.	COLOMBIA	1
1.1.	SITUACION GEOGRAFICA	1
1.1.1.	Límites	1
1.1.2.	Extensión	2
1.1.3.	Población	2
1.1.4.	Regiones Naturales	2
	Región del Caribe	2
	Región Andina	3
	Región de Orinoquía	3
	Región de Amazonía	4
	Región del Pacífico	4
1.1.5.	Clima	4
1.1.6.	Flora , Fauna e Industria	5
1.1.7.	Unidad Monetaria	
1.1.8.	Gobierno	5-7



1.1.9.	Religión	7
1.1.10.	Educación	7
1.	SISTEMA NACIONAL DE SALUD:	7
1.2.1.	Definición	7
1.2.2.	Objetivos del Sistema nacional. de salud	8
1.2.3.	Políticas del Sector Salud	8-9
1.2.4.	Base Legal del Sistema Nacional de Salud	9-10-11
1.5.	ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	11
1 5.1.	Niveles de Organización	11
1.5.2.	Niveles de Jerarquización	11
1.5.2.1.	A Nivel Nacional	12
1.5.2.2.	A Nivel Seccional	12-13
1.5.2.3.	A Nivel Regional	14
1.5.2.4.	A Nivel Local	15
1.5.3.	Niveles de Atención	15
1.5.3.1.	Nivel Primario	15
1.5.3.2.	Nivel Secundario	15
1.5.3.3.	Nivel Terciario	15
1.6.	PASOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	16
1.6.1.	Entrada.	16

1.2.6.1.1.	Factores Condicionantes	16-17
1.2.6.1.2.	Relaciones Extrasectoriales e Intra sectoriales	17-18
1.2.6.1.3.	Recursos	18-19
1.2.6.2.	Proceso	19
1.2.6.2.1.	Políticas y Estrategias Especificas	20-21-22
	CARACTERISTICAS DEL MODELO DE ATENCION MEDICA	24
1.2.6.2.2.	Programas: Plan Nacional e Integración (PIN) Objetivos:	25-26-27
1.2.6.2.3.	Programas Respecto a las áreas de Aten ción	27-28
1.2.6.3.	Salida	28
1.2.7.	SUBSISTEMAS	28
1.2.7.1.	Subsistema de Planeación	29
1.2.7.2.	Subsistema de Información	29
1.2.7.3.	Subsistema Financiero	29
1.2.7.4.	Subsistema de Personal	29
1.2.7.5.	Subsistema de Suministros	29
1.2.7.6.	Subsistema de Investigación	29-30-21

CAPITULO II

2.	SERVICIO SECCIONAL DE SALUD BOGOTA	32
2.1.	BOGOTA D.E.	32
2.1.2.	Antecedentes Históricos	32
2.1.3.	Ubicación Geográfica y Ocupacional	32
2.1.3.1.	Area Geográfica	33
2.1.3.2.	Límites	33
2.1.3.3.	División Administrativa	34-35-36
2.1.3.4.	Regionalización	37
2.1.3.5.	Desarrollo Industrial	37
2.1.3.6.	Desarrollo Urbanístico	38-39
2.1.3.7.	Vías de Comunicación	39-40
2.1.3.8.	Desarrollo Económico y Mercado Laboral	41-42-43 44-
2.2.	FACTORES CONDICIONANTES DE LA SITUACION DE SALUD	45
2.2.1.	Factores Extrasectoriales	45
2.2.1.1.	Estado Sanitario	45-46-47 48-49-50
2.2.2.	Factores Intrasectoriales	

2.2.2.1.	Oferta de Servicios	51-60
2.3.	ACTIVIDADES FINALES	63
2.4.	POBLACION	65-66
2.5.	ECOLOGIA	
2.6.	SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE BOGOTA, D.E.	68
2.6.1.	Principales Recursos	68
2.6.1.1.	Médicos	70
2.6.1.3.	Hospitales	70
2.6.1.4.	Regionalesde Salud	71
2.7.	DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO	72
2.7.1.	Grupo de Niños menores de 1 año	73-75
2.7.2.	Grupo de 1 año a 4 años	75-77
2.7.3.	Grupo de 5 a 14 años	78-80
2.7.4.	Morbilidad Hospitalaria	80-82

CAPITULO III

3.	REGIONAL HOSPITAL SANTA CLARA	83
3.1.	IDENTIFICACION DEL SUJETO	
3.1.1.	Ubicación y Limitación	83
3.2.	ESTRUCTURA Y ORGANIZACION	84
3.3.	BASE LEGAL	84
3.4.	OBJETIVOS GENERALES	85
3.5.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	85
3.5.1.	Salud Oral	85
3.5.2.	Atención Médica	86
3.5.3.	Salud Mental	87
3.5.4.	Atención Materno Infantil	87
3.5.5.	Vigilancia y Control Epidemiológico	

3.5.6.	Nutrición y Educación	84
3.5.7.	División Administrativa	88
3.5.8.	Participación de la Comunidad	88
3.5.9.	Vacunación	89
3.6.	CENTROS DE SALUD Y DISPENSARIOS	
3.7.	POBLACION	90
3.8.	NIVEL DE SALUD	90
3.8.1.	Mortalidad Hospital Santa Clara	90
3.8.2.	Morbilidad Hospital Santa Clara	92
3.8.3.	Morbi-mortalidad en niños menores de 1 año	94-96
3.9.	ORGANIZACION	97
3.9.1.	Niveles de Jerarquía	97
3.10	SISTEMATIZACION	98
3.11.	SERVICIOS QUE PRESTA	99
3.11.1.	Atención a las personas	99-102
3.12.	RECURSOS CON QUE CUENTA LA REGIONAL SANTA CLARA	102

3.12.1.	Recursos Humanos	102-103
3.11.2.	Atención al Medio Ambiente	103-108
3.12.3.	Recursos Financieros	108
3.13.	NIVEL SOCIO ECONOMICO	
3.13.1.	Zona Comercial	109
3.13.2.	Zona Industrial	109
3.14.	SANEAMIENTO AMBIENTAL	110
3.15	ANALISIS DEL NIVEL REGIONAL	111
3.15.1.	Población	111
3.15.2.	Objetivos Específicos	112
3.15.3.	Objetivos Generales	113
3.15.4.	Atención a las personas	114
3.15.5.	Saneamiento Ambiental	115
	CONCLUSIONES	117

CAPITULO IV

4.	DESCRIPCION ALISIS E IDENTIFICACION DEL NIVEL CENTRO 63 ALQUERIA LA FRAGUA	
4.1.	UBICACION	119
4.2.	AREA DE INFLUENCIAS	119
4.3.	LIMITES	
4.4.	ORGANIGRAMA	
4.5.	RECURSOS CON QUE CUENTA EL CENTRO PARA SU FUNCIONAMIENTO	120
4.5.1.	Recursos Humanos	121
4.5.2.	Recurso Físico	121
4.5.2.1.	Muebles y Enseres	121
4.5.2.2.	Equipos de Atención	122
4.5.2.3.	Biomateriales existentes	122
4.5.3.	Recursos Financieros	123
4.6.	POBLACION	

4.7.	DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS	126-129
4.8.	PROBLEMATICA DE SALUD	129-130
4.8.2.	Mortalidad General	130
4.8.3.	Morbi-Mortalidad específica en Odontología	131
4.8.3.	Factores Condicionantes de la Morbi-mortalidad	132
4.8.3.1.	Comunidad	132-134
4.8.3.2.	Factores Ambientales	134-137
4.8.3.3.	Medio Cultural	137-139
4.8.3.4.	Políticas del Sector	139-140
4.9.	OBJETIVOS	140-141
	CONCLUSIONES	142-143

CAPITULO V

5.	PRESENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL	
5.1.	OBJETIVOS	144
5.2.	DESCRIPCION	145
5.2.1.	Humanos: dos Odontólogos	145
5.2.2.	Físicos: Un Consultorio Odontológico	145
5.2.2.1.	Localtivo	146
5.2.2.2.	Equipos	146
5.2.2.3.	Materiales y elementos	146
5.3.	ANALISIS	146-
5.3.1.	Análisis del Programa de Salud Oral	146-148
5.3.2.	Análisis de los recursos	148
5.3.2.1.	Humanos	148
5.3.2.2.	Físicos	
5.3.2.2.1.	Area locativa	148
5.3.2.2.2.	Equipo	148
5.3.2.2.3.	Materiales	148

5.3.2.2.4.	Medicamentos no Solicitados	150
5.3.2.2.5.	Elementos Solicitados	151-154
	CONCLUSIONES	154

CAPITULO VI

6.	ANALISIS Y EVALUACION DEL PROGRAMA DEL CENTRO No. 63	156
	INTRODUCCION	156
6.1.	OBJETIVOS	156
6.1.1.	Generales	156-157
6.1.2.	Específicos	157
6.2.	PROPOSITO	158
6.3.	NORMAS PARA EL PROGRAMA DE SALUD ORAL 1980	159-161
6.4.	TECNICAS	161
6.5.	SUB-DEPARTAMENTOS	162
6.6.	ANALISIS CRITICO	162

6.7.	ANALISIS DEL PAS 131	165
6.7.1.	Sesiones de primera vez	165
6.7.2.	Cobertura	165
6.7.3.	Tratamientos Iniciados	166
6.7.4.	Tratamientos terminados	166
6.8.	CONCLUSIONES	167

CAPITULO VII

7.	PROPUESTAS PARA LA PROGRAMACION DE SA- LUD ORAL A NIVEL LOCAL DEL CENTRO	169
7.1.	GRUPO DE 5-14 AÑOS	169
7.1.1.	Distribución Porcentual del Instrumento	
7.1.2.	Concentración	170
7.1.3.	Continuidad	170
7.1.4.	Rendimiento	170
7.1.5.	Cobertura	170
7.1.6.	Personas Atendidas	171
7.2.	GRUPO DE 15-44 AÑOS Y OBSTETRICAS Y OTROS	171
7.2.1.	Distribución Porcentual del Ins- trumento	171
7.2.2.	Concentración	
7.2.3.	Continuidad	172
7.2.4.	Rendimiento	173
7.2.5.	Cobertura	173
7.2.6.	Personas Atendidas	173

CAPITULO VIII

8.	PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL	
	LOCAL DEL CENTRO	175
	INTRODUCCION	175
8.1.	OBJETIVOS	175
8.1.1.	Generales	175
8.1.2.	Específicos	176
8.2.	POLITICAS	176
8.3.	RECURSOS	177-179

CAPITULO IX

9.	IMPLANTACION DE LA PROGRAMACION	180
9.1.	MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS	
9.1.1.	Objetivo	180
9.1.2.	Limitante encontrada	181
9.1.3.	No se paga el tratamiento	181
9.1.4.	Técnica Preventiva	182
9.1.5.	Registro y Control de Materiales	182
9.1.6.	Dotación del Equipo Odontológico	183
9.1.7.	Capacitación	184
9.1.8.	Atención	184
9.1.9.	Integración	184
9.1.10	Programación de Actividades	184
9.1.11	Plan de Reestructura	185

CAPITULO X

EVALUACION DE LA EJECUCION DE LA PROGRAMACION	190
---	-----

CAPITULO XI

CONCLUSIONES	191
--------------	-----

INTRODUCCION

El conocimiento de la problemática de salud en general y especialmente la salud oral de la comunidad, debe ser una preocupación constante de los profesionales odontólogos y en especial de las futuras promociones ya que sobre éstas recaerá la responsabilidad de cambiar la panorámica desoladora del estado de salud oral del pueblo Colombiano.

Es por esto que la experiencia vivida por nuestro grupo para el logro del presente trabajo fué muy importante debido a que nos ubicó dentro de la realidad nacional y cambió en muchos de nosotros y en general a todos la imagen de una profesión que a ojos de futuros profesionales era de fácil desenvolvimiento así como de gran lucro.

Hemos comprobado pues, y nos atrevemos a pensar que era uno de sus propósitos éste de situarnos de una manera real dentro de la gran necesidad de implantar nuevos objetivos y de lograr metas importantes.

Siguiendo sus observaciones y consejos presentamos a con-

tinuación a su juicio el trabajo, fruto de una profunda investigación, así como también de un gran aprovechamiento del material por usted facilitado, no sin antes agradecer el hecho de habernos enseñado a entender y diligenciar un estudio en salud, tarea por lo demás difícil, y estamos seguros que el éxito en nuestro futuro rural como lo hemos sabido ya por nuestros compañeros egresados, dependerá cien por ciento de la Cátedra que con agrado hemos recibido de usted.

Atentamente,

HUMBERTO ALZATE L. 781047
LUIS MARTIN CHILVECHES E. 781051
JAVIER ENRIQUE GUTIERREZ G. 781070
MARTHA BEATRIZ VILLEGAS C. 781071
OLGA MILENA BAYONA 781072
GLORIA ISABEL BOLAÑOS 781085
RENE BETANCOURT L. 781086
OSCAR ALONSO RESTREPO J. 781677

CAPITULO I

COLOMBIA-SITUACION GEOGRAFICA

CAPITULO I

1. COLOMBIA

1.1. SITUACION GEOGRAFICA

El Territorio Continental ocupa el extremo noroccidental de Suramérica y más o menos en el centro del Continente Americano. La mayor parte del Territorio está localizado dentro del hemisferio septentrional, en la zona intertropical; la línea ecuatorial pasa por el sur de Colombia. El Territorio Continental avanza por el norte hasta los $12^{\circ}30'40''$ y por el sur hasta $4^{\circ}13'30''$ de latitud, su longitud más oriental es de $66^{\circ}50'54''$ al oeste de Greenwich y la más occidental $79^{\circ}0.2'23''$ al oeste del mismo meridiano. Las tierras insulares mas lejanas son el Archipiélago de San Andrés y Providencia en el Caribe y el Islote de Malpelo en el Pacífico.

1.1.1. Límites: Limita al norte con el mar Caribe; el noroccidente con Panamá, al occidente con el Océano Pacífico, al sur con el Perú, al suroriente con Brasil

al sur-occidente con Ecuador y al oriente con Venezuela.

1.1.2. Extensión: Su extensión es de 1.141.748 km.2.

1.1.3. Población: La población aproximada es de 27.000.000 de habitantes, discriminados como sigue: el 65% son menores de 15 años, el 35% restante se considera una población con capacidad potencial productiva, un 15% de este grupo se encuentra sin empleo, un 10% subempleados, en 5% con niveles técnicos bajos y tan solo el 5% es realmente productivo; de este último grupo el 0.5% es el que posee el capital.

1.1.4. Regiones Naturales: Posee 5 regiones naturales que son: Caribe, Andina, Orinoquía, Amazonía y región del Pacífico.

Región del Caribe: Extensa zona plana y ondulada de clima calido, humedo hacia el sur, seco hacia el norte, es básicamente ganadera en algunos sectores se practica la agricultura comercial intensiva, la industria está localizada principalmente en Barranquilla.

La mayor parte de la población se encuentra en el cinturón costanero. Gran desarrollo turistico en el lito

ral. Región de grandes posibilidades agropecuarias. Hacia el suroeste se localizan las grandes planicies de inundación de los ríos Magdalena y Cauca. Mención especial merece la Sierra Nevada de Santa Marta, enorme macizo en discordancia con la llanura y el yacente.

Región Andina: Montañosa, de climas, suelos y potencialidades muy variadas. En ellas localizada la mayor parte de la población del País. Así como se origina más del 80% de producción nacional. La definen las 3 cordilleras, con sus valles de ahiplano intensivamente explotados en agricultura y ganadería comercial. Sin embargo existen demasiadas áreas de vertientes sometidas a agricultura de subsistencia. Aquí se encuentran las 3 ciudades (pueblos industriales) más importantes del País: Bogotá, Medellín y Cali, con algunos problemas derivados de su crecimiento desordenado.

Región de Orinoquía: La conforman las extensas sabanas de los Llanos Orientales, enmarcadas por los ríos Arauca, Orinoco y Guaviare y por el piedemonte de la cordillera Oriental. Región dedicada esencialmente a la ganadería extensiva, aunque en algunos pocos sectores (oriente de Villavicencio) predomina la agricultura comercial (Arroz y Algodón). En su territorio quedan aún algunas

tribus indígenas dispersas (Guhaibos, Sálivas, Achaguas, etc). Algunas zonas son objetos especiales de la colonización.

Región de Amazonía: Extensa región de bosques virgenes, de clima cálido y húmedo, ocupada por tribus indígenas dispersas, aunque en algunas áreas es objeto de programa de colonización agropecuaria. Región muy poco conocida, y de equilibrio ecológico muy precario, que exige mucha precaución para su aprovechamiento.

Región del Pacífico: Llanuras y colinas bajas, de clima cálido y muy húmedo que limita cualquier tipo de actividad agropecuaria, sus principales fuentes de ingreso son los bosques y la pesca. Aquí se encuentra sin embargo el principal puerto del País, su población es básicamente negra.

- 1.1.5. Clima: Aunque en la zona tórrida Colombia tiene variedad de climas según la altitud, las tierras calientes situadas a menos de 1.000 mts sobre el nivel del mar tienen temperaturas medias de 24° a 28°, las tierras templadas entre 1.000 y 2.000 mts de 17° a 24°, las tierras frías entre 2.000 y 3.500 mts de 8° a 17°, y a más de 4.800 mts hay nieves perpetuas.

1.1.6. Flora, fauna e Industria: Agricultura: Es un País productivo de banano, café, algodón, arroz, cacao, caña de azucar, cebada, fríjoles, maíz, papa, tabaco, yuca, sorgo, soya, criador de bobinos, porcinos equinos, cabrinos, aves de corral, y pesca. Entre los recursos naturales encontramos el carbón, hierro, petróleo, gas natural, oro, plata, plomo, esmeraldas en las minas de Chivor y Guateque famosas en todo el mundo.

Sus principales industrias son la producción de acero abonos, nitrogenados, azúcar, cemento, harina de trigo y energía eléctrica.

El comercio exterior se basa en exportación de café bananos, azúcar y algodón. Como productos menores - flores, telas, cuero, etc.

1.1.7. Unidad Monetaria: La unidad monetaria es el peso cuyo valor de cambio libre es de 61.30 por dólar (abril de 1.982). El Banco de la República es el Banco Central de omisión menor, el accionista mayor es el Estado.-

1.1.8. Gobierno: Colombia es una República democrática unitaria y política (Según Constitución del 4 de agosto de 1.966 y sus enmiendas), dividida en 23 departamen

tos, 4 intendencias y 5 comisarias. El poder público está compuesto por 3 órganos: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Ejerce el primero el Presidente (elegido cada 4 años por los mayores de 18 años de ambos sexos sin derecho a reelección en período consecutivos) que nombra a sus Ministros y a los Gobernadores de los departamentos, los intendentes y los comisarios.

El Legislativo consta de dos Cámaras: El Senado (elegido por 4 años) y la Cámara de Representantes (elegidos cada dos años).

Componen el Poder Judicial la Corte Suprema (Magistrados que permanecen en sus cargos mientras observen buena conducta y no lleguen a retiros forzosos), Las Cortes de los distritos y los juzgados. Los departamentos tienen sus propias corporaciones administrativas. Las Asambleas departamentales (Diputados por cada habitante).

Partidos Políticos: Existen dos grandes partidos tradicionales históricos de los más antiguos del continente : Liberal y Conservador que formaron en las elecciones del 20 de mayo de 1.966 el llamado Frente Nacional.

Se terminó con el período del Doctor Misael Pastрана Borrero. Se han presentado divisiones políticas de poco auge ocasionando diferentes movimientos.

1.1.9. Religión: La nación profesa el catolicismo que es la religión nacional de acuerdo con la Constitución aunque existe libertad de cultos.

1.1.10. Educación: De acuerdo con la Ley la enseñanza primaria es gratuita y obligatoria en todo el territorio aunque las limitaciones presupuestales no han podido cumplir este mandato.

1.2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.2.1. DEFINICION:

Es una organización integrada por un conjunto de población colombiana, mediante el establecimiento de políticas, principios, normas y recursos, teniendo como propósito brindar salud integral a la comunidad.

12.2. OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El objeto general del sistema nacional de salud primordialmente se basa en responder a las necesidades reales de salud de un gran porcentaje de población colombiana para garantizar la productividad de los recursos disponibles, por medio de las Instituciones cuya finalidad sea la salud de la comunidad.

El sistema se vale de procesos tales como la planeación dinámica, la coordinación unitaria y el control permanente.

1.2.3. POLITICAS DEL SECTOR SALUD

La política del sector salud debe ser concomitante a la política nacional para que sea componente base del desarrollo social, Sabemos que un pueblo sin salud no es productivo desde ningún punto de vista.

Existen políticas de desarrollo social para lo cual existen ya planes definidos como el plan D.R.I., Desarrollo Rural Integrado el cual se propone llegar

a los sectores más apartados y de mayor complejidad de infraestructura socioeconómica.

La primera política en Salud Oral es la de prevenir las enfermedades orales especialmente Caries Dental y Enfermedades Periodontal especialmente a los grupos de 5 a 14 años de edad, para ello se ha creado un plan masivo de prevención usando diferentes técnicas preventivas.

Este plan se llama A. P. O., Acción Preventiva Odontológica.

Las actividades de salud oral se asimilan a la gran meta de la Organización Mundial de Salud, la cual es llegar al año 2.000, con un cubrimiento identificado como (La Salud Para Todos).

1.2.4. BASE LEGAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

En 1.975, se estableció definitivamente la base legal del sistema para el establecimiento de sus políticas y programas bajo normas legales que forman la base Ju

rídica del sistema.

Decreto No. 056 de 1.975: Define la organización básica de la dirección del sistema.

Decreto No. 350 de 1.975: Define la organización de niveles seccionales y regionales del sistema.

Decreto No. 356 de 1.975: Determina los criterios de adscripción y vinculación por parte de las instituciones de salud al sistema.

Decreto No. 526 de 1.975: Se dictan las normas para los subsistemas del Area Administrativa.

Decreto No. 670 de 1.975: Se establecen las normas para las instituciones adscritas al sistema.

Decreto No. 692 de 1.975: Testifica la creación de la Junta Nacional de Salud.

Decreto No. 694 de 1.976: Establece el estatuto de personal para el sector salud.

Decreto No. 121 de 1.976: El cual reestructura el sistema Nacional de Salud.

Ley No. 1002 de 1.978: Reglamenta la Ley 10 de 1962 acerca de la profesión odontológica.

1.2.5. ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para llegar a cumplir sus metas y objetivos el sistema se ha estructurado de la siguiente forma:

1.2.5.1. Niveles de Organización: Divididos de acuerdo a la distribución político geográfico administrativa.

Nivel Nacional

Nivel Seccional

Nivel Regional

Nivel Local.

1.2.5.2. Niveles de Jerarquización: Son

Dirección

Sistematización

Programación

Ejecución

- 1.2.5.2.1. A Nivel Nacional: Dirección: El Ministro de Salud y Viceministro los cuales son cargos políticos. Colabora también el Secretario General en una forma técnica.

Sistematización: Comandado por las oficinas y Divisiones:

Programación: Seccionales

Ejecución: Grupos

- 1.2.52.2. A Nivel Seccional: Opera a nivel departamental y es dependencia de la atención médica.

Dirección: Comandado por el Jefe del Servicio Nacional de Salud y la Junta de Salud.

Sistematización: Comandado por el coordinador Técnico.

Programación: Las Divisiones.

Ejecución: Seccionales.

El nivel seccional distribuye sus funciones en la siguiente forma:

A) División de Atención Médica: Presta los servicios distribuidos en las seccionales de :

Materno Infantil

Salud Oral

Salud Mental

Programas Médicos Especiales.

B) División de Saneamiento Ambiental: Distribuidos en las secciones de:

Zoonosis

Control de Alimentos

Control de Ambiente

Salud Ocupacional

C) División Administrativa: Donde se encuentran la mayoría de los subsistemas, distribuidos en las secciones de:

Personal

Suministros

Información

Construcción y Mantenimiento Hospitalario
Financiera
Inversiones

1.2.5.2.3 A Nivel Regional: Dirección: Integrado por el Jefe del Servicio de la Regional y la Coordinación Técnica.

Sistematización: Secciones
Programación : Servicios
Ejecución : Departamentos y Unidades

Existen comites asesores como:

a) Comité Técnico: Formado por Jefes del Servicio y Secciones en las cuales hay dos unidades que ayudan al control y son:

Unidad de Vigilancia y Control
Unidad Epidemiológica.

b) Comité de Adquisiciones
c) Comité de Recursos Humanos para la Salud
d) Comité de Infraestructura.

1.2.5.2.4 A Nivel Local: Dirección: Integrado por el Jefe del hospital local

Sistematización: Secciones

Programación : Servicios

Ejecución : Unidades

Estos niveles de jerarquización existen con el fin de que haya un mejor conocimiento y orden sobre las funciones de cada miembro del recurso humano.

1.2.5.3 Niveles de Atención; Los cuales se distribuyen de acuerdo a la complejidad de la atención requerida para determinada patología.

1.2.5.3.1. Nivel Primario: Donde se realizan actividades de complejidad simple y lo proporciona al nivel local en sus Puestos de Socorro, puestos de Salud y Centros de Salud.

1.2.5.3.2. Nivel Secundario: Se realizan actividades un poco más complejas que en el nivel primario. Presta los primeros servicios médicos especializados como medicina interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía, - dado por el nivel regional en sus hospitales.

1.2.5.3.3. Nivel Terciario: Comprende todas las especialidades, recursos de infraestructura y la más alta tecnología. Está dado por los hospitales universitarios.

1.2.6. PASOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El SNS interactúa con otros niveles a través de un sistema modular y al igual que otros opera mediante tres pasos que son: Entrada, proceso, y salida, los cuales siguen una secuencia entre sí, teniendo un mecanismo de control que ayuda a su buen funcionamiento y así disminuir la morbi-mortalidad de la población colombiana.

1.2.6.1. Entrada: La entrada se encarga del diagnóstico, acumulando información real con el objetivo de identificar la situación de salud, la cual explica el nivel de salud, la expectativa y el nivel de vida de la comunidad y los componentes de morbimortalidad.

1.2.6.1.1. Factores Condicionantes: Existen factores extra-sectoriales e intrasectoriales que la condicionan.

Extrasectoriales: Son aquellos relacionados con agente, huésped y medio ambiente, dándonos el concepto de salud y enfermedad.

El agente se refiere a todos los micro-organismos patógenos; en el huésped estudiamos susceptibilidad en base a la edad y grado de nutrición. A la primera nos referimos a que en edades jóvenes está dada por enfermedades transmisibles: en edades menores, por mal nutrición y en edades avanzadas por enfermedades degenerativas o tumorales.

El grado de nutrición nos habla de la capacidad inmunológica del individuo; medir esto es muy difícil en cuanto a costo se refiere. También dentro del Huésped debemos tener en cuenta, educación, dieta, nivel socio-económico, ocupación, sexo, raza, hábitos, sexología y factores genéticos.

Intrasectoriales: Son las políticas de salud que estudiaremos más adelante.

1.2.6.1.2 Relaciones Extrasectoriales e Intrasectoriales: El sector salud se relaciona intrasectorial y extrasectorial

con las siguientes áreas:

Extrasectoriales: Para actuar dentro de esta relación, el profesional necesita estar en los roles - clínico, administrativo, investigativo y docente, que funcionan a medida que se vayan estudiando los niveles de autoridad y jerarquía.

Se relacionan con los sectores:

Educativo

Comercial

Político - administrativo

Religioso

De clínicas Privadas.

Intrasectoriales: Estas relaciones se llevan a cabo con las áreas del mismo sector y tenemos que las más importantes es la Relación Profesional- paciente.

12.6.1.3 Recursos: Para obtener esta información contamos con una serie de recursos humanos, técnicos, investigativos, físicos, financieros y materiales.

Dentro de los recursos humanos encontramos personal profesional general, especializado y rural, - personal auxiliar y de apoyo. Los recursos físicos se encargan, como su nombre lo indica, de marcar pautas para el área física, teniendo en cuenta diferentes factores.

Los financieros se refieren a la financiación del SNS y los materiales que divide los elementos en materiales de consumo o fungibles, que son los de funcionamiento y en devolutivos o no fungibles, que son los de inversión y tienen depreciación.

Este diagnóstico es la base para describir políticas generales y lograr así un objetivo para crear planes y luego si ejecutar un programa e indentificar actividades finales y tareas, con recursos humanos encargado de cada una de ellas esto es lo que conforma el proceso del SMS.

1.2.6.2 = Proceso: Después del análisis que indica el proceso podemos enunciar los planes, programas y actividades finales que tiene el SNS, seleccionados debidamente en divisiones y secciones que correspondan a cada uno de ellos.

Las políticas generales se crean en base a las metas, además de formularse también políticas propias; los planes pueden ser inmediatos o mediatos y a corto - plazo; los programas ya establecidos se ejecutan mediante las actividades finales intermedias, realizadas por personal capacitado de acuerdo al nivel establecido.

- 1.2.6.2.1. Políticas y estrategias específicas: Se han definido estrategias específicas en función de grupos de población com mayor riesgo, las patologías que los afectan y la más efectiva y eficiente combinación de recursos y acciones de promoción, prevención, recuperación y - rehabilitación.

Madres y Menores de 1 Año : Para menores de 1 año el objetivo es disminuir la mortalidad infantil en un 15% reducir riesgos de enfermedad y muerte por enfermedades diarreicas, respiratorias e inmunoprevenibles, nutricio nales y del recién nacido.

En el grupo materno reducir= complicaciones del embarazo parto y puerpeio; aborto y venéreas disminuyendo en un 20% la mortalidad=del grupo. Para lograr esto se debe incrementar la cobertura de acción de salud a nivel pri

mario.

Se necesita aumentar el control prenatal y atención del parto, fomento de acción de planificación, familiar y asistencial legal de la madre y el niño vacunar la totalidad de los menores de 1 año; guías para toma de alimentos nutritivos en la madre y el niño, fomento de lactancia materna y tratar las diferentes patologías en embarazadas inscritas.

Grupo de 1 a 4 Años: Se propone el plan: Disminuir en el 50% la mortalidad por enfermedades diarréicas respiratorias, desnutrición, enfermedades inmunoprevenibles, y accidentes.

Se espera reducir en un 25% la mortalidad, para esto hay que aumentar la cobertura especialmente a nivel primario. Consumo de alimentos nutritivos en mayor protección al pre-escolar, mantener máximo nivel - inmunitario, protección de elementos de consumo.

Grupo de 5 a 14 años : Reducir enfermedad y muerte por accidentes y traumatismo, enfermedades diarréicas respiratorias, parasitarias, afecciones orales, fiebre reumática y desnutrición hasta disminuir en 50% en tasas de mortalidad específica.

Atención oportuna, programas de salud escolar de prevención tratamiento y rehabilitación en aspectos médicos y odontológicos más necesarios y a menores de 7 años y consumo de alimentos de buen poder nutritivo.

Grupo de 15 a 44 años: Reducir morbi-mortalidad por accidentes traumatismos y lesiones personales y TBC del aparato respiratorio.

También reducir la morbilidad por trastornos mentales, enfermedades mentales y periodontopatías; se espera reducir la mortalidad de 3.6 a 3.0 por mil.

Se necesita amplia coordinación con otros sectores para: prevención de estas causas: trabajo activo, Para tratar pacientes con venéreas, atacar las TBC con buenos bactericidas, control de contaminación ambiental y salud ocupacional, prevenir y curar enfermedades mentales.

La integración de comités de seguridad industrial.

Grupo de 45 y más años: El plan busca disminuir - morbi-mortalidad por enfermedades neoplásticas, car

diovasculares, traumatismos, lesiones transtornos mentales y TBC.

Pretende impactar mortalidad de 45 a 64 años en 20% y en 50% por TBC.

Para esto se necesita incremento de la salud ocupacional e higiene industrial, control de contaminación ambiental, actualizar tratamiento de TBC, ampliar servicios de geriatría, urgencias y rehabilitación.

Paludismo, fiebre amarilla, dengue : Para el paludismo el plan aspira o se propone disminuir la mortalidad en un 74% quedando a nivel de incidencia anual de 0.5. y 1.0 por 1.000 habitantes.

Estrategias: Control de vectores por aspiraciones y fumigaciones intra y peri-domiciliarias, mayor vigilancia epidemiología, vacuna para fiebre amarilla.

Metas de Inversión: El pna contempla una inversión para 1.978/82 de 75.103 millones de los cuales 32.245 millones corresponden a instalación y dotación de servicios de salud y 42.858 millones a obras para control y mejoramiento del medio ambiente.

Construcción, ampliación, remodelación, dotación mejoramiento de acueductos cubriendo 13.5 millones de habitantes en zona urbana; incremento de cobertura urbana con servicio de alcantarillado para 12.5 millones de habitantes; en área rural construcción de acueductos para 12.5 millones de habitantes.

Aseo urbano en Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y 33 ciudades intermedias.

Proyectos de tratamiento de desechos líquidos de Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga; conservación de recursos hídricos; formulación de profesionales, auxiliares, etc.

Educación continuada para personal vinculado al S.N.S impulsar normas de organización y administración.

CARACTERISTICAS DEL MODELO DE ATENCION MEDICA:

Integrar atención preventiva y curativa por suministro de medicamentos y complementación alimentaría, provisión de agua potable, eliminación de excretas, disposición higiénica de basuras.

Accesible: Que no se interpongan barreras geográficas y culturales.

Igualitaria: Servicios para todos con garantía en calidad y cantidad.

Oportuno: Disponibilidad inmediata y efectiva a quien la necesite.

Económico.

1.2.6.2.2. Programas: Plan Nacional de Integración (PIN) objetivos:

Descentralización Económica y autonomía regional para que la comunidad pueda manejar en gran parte con interés la situación mediante lideres.

Desarrollo de los sectores energético y minero, fortaleciendo los programas de transporte y comunicación aumentando la energía disponible.

Desarrollo de transporte y medios de comunicación, aumentando el comercio para mayor ingreso y aumentando el buen uso del capital.

Mejoramiento de la calidad de vida de la Población.
Estrategias de salud: El PIN busca modificar la magnitud y estructura del morbi-mortalidad para mejoramiento de su situación social y económica.

Esta política busca mediante el incremento de cobertura y calidad de los servicios, la participación de la comunidad, el fomento de la educación en salud el mejoramiento de infraestructura física de las instrucciones de salud.

Extensión de los servicios mínimos de salud a personas y al medio ambiente.

Coordinación de los factores inter e intrasectoriales aumentando los recursos.

Participación activa de la comunidad: Desarrollar la tecnología mediante estímulos y fomento de investigación, capacitación, vinculación, estímulo permanente y remuneración satisfactoria.

Máxima prestación de servicios en atención primaria teniendo en cuenta el factor financiero.

Mejorar el aspecto físico buscando lograr la suficiente disponibilidad de agua potable, eliminación de escretas, control de contaminación ambiental, protección de alimentos y zoonosis.

1.2.6.2.3 Programas respecto a las áreas de atención: Los programas planeados por el S.N.S. se ubican de acuerdo a las áreas de atención:

Para la atención a las personas encontramos:

Programa materno infantil, que incluye la atención a la madre antes, durante y después del parto, planificación familiar y al niño hasta los 5 años.

Programas de salud oral (Acción preventiva odontológica y tratamiento odontológico).

Programas de salud mental

Programas médicos específicos, combatiendo especialmente TBC en menores de 5 años, cáncer, malaria y lepra.

En la atención al medio se encargan de mantener un equilibrio ecológico y mantener las condiciones de vida.

Los programas son: Programa de saneamiento ambiental aumentando la capacidad intra-domiciliaria del agua y alcantarillado.

Programas para controlar recursos, tomando medidas contra la contaminación ambiental.

Programas de zoonosis, evitando enfermedades como la rabia y haciendo control en los alimentos.

Programa contra los problemas sanitarios, para mejor forma de vida.

La infraestructura y apoyo es un área que mantiene el funcionamiento del servicio a las dos áreas anteriores.

1.2.6.3. Salida: Después de efectuar el programa de salud el S.N.S. espera disminuir los niveles de morbi-mortalidad de nuestra población y eso es lo que forma el producto final o salida, es la respuesta a los dos pasos anteriores.

1.2.7. **SUBSISTEMAS:**

Los subsistemas son elementos de interpretación y apoyo

que necesita toda actividad para ejecutar sus acciones.

- 1.2.7.1 Subsistema de Planeación
- 1.2.7.2 Subsistema de información
- 1.2.7.3 Subsistema financiero
- 1.2.7.4 Subsistema de personal
- 1.2.7.5 Subsistema de suministros
- 1.2.7.6 Subsistema de investigación

12.7.1 El más importante es el de planeación por que es el de orientar y el elemento pensante de cualquier sistema.

La planeación es realizada por personas involucradas al sistema por otro subsistema que es el de personal

Todos están en íntima relación, se encuentran perfectamente integrados y por eso nunca se pueden dividir concretando las fases inicial y final de ellos.

12.7.2 El subsistema de información hace primero una planeación, luego una implantación, recolecta datos, hace un análisis y los discute, para luego dar un informe general.

- 1.2.7.3. El subsistema financiero establece un equilibrio entre la inversión y la atención necesaria para la población, dando mantenimiento a los diferentes organismos de salud, dotándolos y construyendo centros nuevos.
- 1.2.7.3.1. Financiación: La financiación del S.N.S. se hace mediante recaudos internos y externos a través del Banco Mundial y prestaciones especiales. Tiene dos áreas presupuestales que son de ingresos y egresos con sus respectivos elementos de funcionamiento e inversión.
- 1.2.7.3.2. Presupuesto: El presupuesto se consigue a través de una ruta interna en los impuestos nacionales y otra externa producida por canje internacional.
- 1.2.7.4. El Subsistema de personal también es muy importante y se encuentra en los niveles nacional, seccional, regional y local de igual manera.
- Establece el regimen laboral que se refiere a las entidades adscritas al S.N.S., dando normas para la selección de personal que ejecuta a través de un minucioso proceso.

1.2.7.5 Los suministros son esenciales para el estado y tiene como función ofrecer recursos para cualquier programa en todas las áreas de atención y además - darlos oportunamente y de gran calidad. Esto también implica un proceso que incluye programación - adquisición recepción, almacenamiento, distribu - ción y control.

1.2.7.6 El subsistema de investigación, busca como algo esencial crear conciencia de lo importante que resulta investigar para mejor atención, planeación y organización del S.N.S.

Para investigar se debe tener dominio de conocimientos y de información y debe ser esta investigación descriptiva, analítica y experimental; no se necesita de alta tecnología para investigar, solo esclarecer áreas clínicas, administrativas y técnicas para a través de ellas implantar la metodología de la investigación.

Después de esta breve descripción del S.N.S., podemos definirlo como un sistema abierto, complejo y rpobalístico, por que recibe influencia de otros sistemas, se interrelaciona con infinidad de elementos, y su producto probablemente sea igual al objetivo que éste se propuso.

CAPITULO II

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD BOGOTA, D.E.

ticas nacionales, adoptables a las características del servicio.

El segundo nivel sistematiza el diagnóstico de la situación de salud a nivel seccional a partir de los diagnósticos aportados por las ciudades regionales.

El tercer nivel se desempeñan las divisiones que determinan los programas asegurando la programación uniforme, tanto de áreas de atención como de infraestructura.

El cuarto nivel corresponde a grupos y secciones, elabora sistemas y modelos técnicos de combinación de recursos para prestación de servicios por áreas.

CAPITULO II

2. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD BOGOTA, D.E.

2.1. BOGOTA, D.E.

2.1.2. Antecedentes Históricos: El 6 de agosto de 1938, Don Gonzalo Jimenez de Quesada fundó en el sitio de Teusaquillo la ciudad de Santa Fé.

En el año de 1819, el Congreso reunido en Agusturas, resolvió suprimirle el nombre de Santa Fé y dejarle tan solo el de Bogotá.

Por medio del Decreto Ley 3640 del 17 de diciembre de 1954 fué elevada la ciudad de Bogotá a la categoría de Distrito Especial y le fueron anexados los Municipios de : Bosa, Engativá, Fontibón, Suba, Usaquen y Usme.

2.1.3. Ubicación Geográfica y Ocupacional:

2.1.3.1. Area Geográfica : Bogotá, D.E., es la capital de Colombia, tiene una superficie de 1.528 km. cuadrados, está localizada a los cuatro grados, 56' 59" del meridiano de Greenwich, con una latitud de 4° 35' 56" N, una altura sobre el nivel del mar de 2.630 mts. y una temperatura media de 14° C.

La mayor parte del territorio del D.E. corresponde a una meseta plana rodeada por la Cordillera oriental, aproximadamente el 50% de esta superficie está urbanizada.

2.1.3.2. Límite: Norte: Límites del municipio de Chia costado sur, en dirección occidente desde los límites con el Municipio de Sopó hasta los límites del Municipio de Cota.

Occidente: Límites del Municipio de Cota, Funza, Mosquera, Soacha, Fusagasugá, Sibaté, Pasca, San Bernardo, Ospina Perez, Cabrera costado oriental, en dirección sur desde el límite del Municipio de Cota hasta el límite del Municipio de Cabrera con el Departamento del Huila.

Sur: Límites del Departamento del Huila, costa-

do norte en dirección oriente desde el límite del Municipio de Cabrera con el Departamento del Huila.

Sur: Límites del Departamento del Huila, costado norte en dirección oriente desde el límite con el Municipio de Cabrera hasta el límite del Departamento del Meta.

Oriente: Límite del Departamento del Meta, Municipio de Gutiérrez, Une, Chipaque, Ubaque, Choachí, La Calera y Sopó costado occidental en dirección norte, desde el límite del Departamento del Huila hasta los límites del Municipio de Sopó hasta el Municipio de Chia.

2.1.3.3. División Administrativa: Administrativamente Bogotá está dividida en 18 Alcaldías menores que son:

1. Usaquen
2. Chapinero
3. Santa Fé
4. San Cristobal
5. Usme
6. Tunjuelito

7. Bosa
8. Kennedy
9. Fontibón
10. Engativá
11. Suba
12. Barrios Unidos
13. Teusaquillo
14. Antonio Nariño
15. Puente Aranda
16. La Candelaria
17. Rafael Uribe

Para efectos de Salud Bogotá está dividida en cinco unidades regionales:

1. San Ignacio
2. La Samaritina
3. San Juan de Dios
4. Santa Clara
5. San José

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.) está zonificado en la siguiente manera:

- | | |
|----------------|----------------|
| Zona Número 1. | Barrios Unidos |
| Zona Número 2. | Suba |

- Zona Número 3. Usaquen
- Zona Número 4. Engativá
- Zona Número 5. Fontibón
- Zona Número 6. Kennedy
- Zona Número 7. Bosa
- Zona Número 8. Quiroga Restrepo
- Zona Número 9. Tunjuelito
- Zona Número 10. San Cristobal Sur
- Zona Número 11. Los Mártires
- UNIDAD LOCAL - Santa Fé
- Zona Número 12. Puente Aranda
- Zona Número 13. Teusaquillo

El Instituto de Seguros Sociales (I.S.S.) está zonificado en las siguientes unidades programáticas: Unidad programática zonal del sur con seis dispensarios y cuatro unidades de nivel intermedio.

Unidad Programática zonal occidente con 4 dispensarios y una unidad de nivel intermedio.

Unidad Programática zonal norte con 6 dispensarios y 3 unidades de nivel intermedio.

Unidad Programática zonal centro con dos dispensarios y una unidad de nivel intermedio

Las CAJas de Compensación se distribuyen así:

Colsubsidio

Cafan

Confenalco

Indufamiliar

Coopensar

Afidro

Acopi

Todas están dedicadas a promover y atender la salud, además tienen programas de recreación y cooperativismo.

2.1.3.4. Regionalización: En cuanto a regionalización se refiere, todas las entidades presentan zonificaciones diferentes; salud, educación, I.C. B.F., y I.S.S., Inspecciones de Policía, bomberos, plazas de mercado, acueducto, energía, administración Postal y parroquias que no guardan ninguna relación entre sí.

2.1.3.5. Desarrollo Industrial: Bogotá se configuró a partir de 1951 por centralización y concentración, como el mayor complejo industrial, fundamentalmente en los renglones de comestibles, bebidas y otras manufacturas.

A este factor de concentración poblacional, hay que adicionar otros de menor peso actual, el incremento del sector comercial durante el período 1951-1973 fué el sector que mas generó empleo. Se desarrollaron espontáneamente áreas especiales para el emplazamiento comercial, en torno a las cuales se han desarrollado las zonas que han presionado la administración distrital a crear entidades de desarrollo institucional que apuntan la configuración de " Ciudades dentro de las ciudades".

2.1.3.6. Desarrollo Urbanístico: Bogotá asistió como la mayoría de las ciudades latinoamericanas a la tendencia normal de organización de las poblaciones migrantes al llegar a las ciudades, lo constituyó el centro tradicional sector San Victorino, Perseverancia, La Candelaria, Las Cruces y San Bernardo, por la proliferación de las casas de inquilinato y los hoteles de bajo costo.

El actual déficit de vivienda, tiende a mantenerse constante considerando las proyecciones del crecimiento demográfico y las soluciones que en el orden habitacional se nos presentan

como tendencias al futuro.

Se aumentará la tendencia de adquirir vivienda en forma ilegal, las invaciones y urbanizaciones piratas no podrán permancer como una forma de equipamiento habitacional generando el problema de demanda de servicios.

Las Agencias Internacionales condicionarán sus créditos para la administración de programas y vivienda a la adopción de políticas de autoconstrucción.

Habrá tendencia a modificar los sectores de tugurios a través de su erradicación para conservación de viviendas multifamiliares.

Administrativamente Bogotá, tendrá que modificar sustancialmente su actual estructura y nuevos Municipios se anexarán a su desarrollo.

2.1.3.7.

Vías de comunicación: Concluye en Bogotá la carretera Cental del Norte, la carretera central de occidente, la carretera central de oriente, la carretera del sur y la vía de Nazaret; además cuenta con ferrocarril a Tunja

a Girardot y el ferrocarril del sur.

Las principales vías que atraviesan a Bogotá de Norte a Sur son:

Avenida de Los Libertadores, las carreras tercera a quinta, carrera septima, avenida 13, avenida caracas, carrera décima, avenida 17, carrera 30, avenida 50, avenida 68 y la avenida Boyaca.

De Oriente a Occidente:

Calle ciento treintacuatro, calle ciento veintisiete, calle cien, calle 80, calle setenta y dos, calle 68, calle 63, calle 53, calle 45, avenida 26, calle 19, calle 13, avenida sexta, calle primera y la avenida primero de Mayo.

Cuenta con el terminal aéreo (Aeropuerto Internacional El Dorado), que une a Bogotá con las principales ciudades del país y con el resto del mundo.

El Aeropuesto Guaimaral que se utiliza mas que todo para Empresas de adiestramiento y fumigación. (Ver anexo).

2.1.3.8. Desarrollo Económico y Mercado Laboral : El vertiginoso ascenso de las tasas de desempleo y subempleo que caracterizaron los años del 67 y 68 han manifestado una tendencia deficiente la cual muestra con la baja de las tasas de desempleo y subempleo, sin llegarse a un control efectivo del fenómeno de desempleo.

Población en edad de trabajar: (PET)

Tiene hasta 1973 un elevado ritmo de crecimiento como lo muestran los siguientes cálculos:

1951 - 1964 = 6.24%

1964 - 1973 = 6.81%

Se espera que para el período del 73-78 haga a un 4.80% anual y que para los años siguientes descienda como resultado del estructuramiento de la base de la pirámide poblacional. Es visible el crecimiento de la población económicamente activa para el año 51-54 lo hizo al 6.16% distribución de la P.E.A. (Población económicamente activa) demuestra claramente la importancia de la participación de la mujer, al engrosar la oferta efectiva de la mano de obra

en forma creciente.

La P.E.A. masculina disminuyó en tanto que la P.E.A. femenina elevó sus tasas de crecimiento.

	<u>Femenina</u>	<u>Masculina</u>
1956 - 1964	5.6.%	6.49%
1964 - 1973	6.6.%	5.91%

Para los años 73-82 se calculan tasas de 7.63% para la P.E.A. femenina y el 5.47% para la P.E.A. masculina.

Teniendo en cuenta la participación de los diferentes sectores económicos en cuanto a la cantidad y cualidad que cada año pueda ofrecer, se concluye que los de mayor peso en su orden son :

Servicios, manufacturas, comercio, construcción, finanzas y transporte. Este peso ha variado manifestandose el dinamismo que asume cada una en el tiempo.

En el sector comercio, aunque las variaciones son muy marcadas, se nota un leve descenso.

El sector financiero se nos presenta como un sector de auge. Análogamente, este fenómeno obedece a las medidas que las políticas estatales han implementado y que los han favorecido.

DISTRIBUCION DE LA P.E.A. POR SECTORES ECONOMICOS.

	1971	1974	1977
1. Servicios	34.02%	32.07%	29.8%
2. Manufacturas	20.5%	22.6%	24.8%
3. Comercio	22.1%		21.7%
4. Construcción	8.47%		6.3%
5. Finanzas	4.6%	6.3%	8.3%

DISTRIBUCION DE LA P.E.A. SEGUN GRUPOS PRINCIPALES DE OCUPACION

Para los 3 períodos señalados participan en su orden de importancia.

- a. Trabajadores Operarios Industriales
- b. Trabajadores de los Servicios
- c. Comerciantes y Vendedores
- d. Personal Administrativo

	1974	1977
Trabajadores		
Operarios	33%	33%
Trabajadores de		
los Servicios	19.1%	18.1%
Comerciantes y		
Vendedores	17.7%	15.3%
Personal Admi-		
nistrativo	14.2%	16.4%
Profesionales	12.5%	12.4%

La gran masa de trabajadores está clasificada en operaciones industriales y de servicio, se observa claramente la participación de estos dos grupos en el mercado de trabajo, demostrando nuevamente el dinamismo de estos dos sectores.

DISTRIBUCION DE TASAS DE DESEMPLEO POR GRUPOS DE OCUPACION

	1974	1977
Operarios industriales	7.7%	5.4%
Trabajadores de servicio	5.5%	3.1%
Comerciantes y Vendedores	11.4%	7.1%

población de 44.200 habitantes.

Grupo 3: Barrios con agua pero con dificultad de desague en el perímetro sanitario en el que existen 32 barrios con 2050 viviendas y una población de 16.000 personas.

Grupo 4: Barrios con servicio de agua y sin dificultad de desagües, dentro del perímetro sanitario, representan el resto de barrios.

El grupo 2, el servicio de salud viene realizando estudios para la construcción de acueductos en estas zonas marginales, donde las empresas de acueducto, no tienen programado dar agua por estar alejado del perímetro urbano.

Alcantarillado: La situación se presentó así:

Grupo 1: Barrios sin servicio de alcantarillado dentro del perímetro sanitario en el que se encuentran 48 barrios, con 52.025 viviendas y una población de 416.200 personas.

Grupo 2: Barrios sin servicio de alcantarillado fuera del perímetro sanitario sin dificultad de desague con 11 barrios, 2050 viviendas y una

población de 26100 hombres.

Grupo 3: Barrios sin servicio de alcantarillado fuera del perímetro sanitario con dificultad de desague con 22 barrios, 5525 viviendas y 44100 habitantes.

Grupo 4: Barrios con servicio de alcantarillado dentro del perímetro urbano.

Basuras: La siguiente es la situación de basuras:

La producción de basura por persona es de 0.8 kg/hab/día, con una producción total de 3600 toneladas diarias de la cual se recolecta 2250 toneladas en 80 carros recolectores, dos barredoras y 1204 carros de mano, además de 2 bulldozer, quedando 1250 toneladas diarias de basura sin recolectar.

La disposición final de estas se hace en el botadero del Cortijo, ubicado sobre el margen derecho de la Autopista Bogotá-Medellín, que ha estado funcionando desde hace más de una década, y en la actualidad su vida útil se determinó en dos años más, y en el botadero de Villa

Mejía, localizado cerca a las instalaciones de Corabastos.

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

Contaminación Atmosférica: El servicio ejerce el control de calidad del aire en Bogotá, a través de la red panamericana de muestreo normalizado del aire (red Panaire), la cual mide los siguientes contaminantes:

Anhídrido sulfuroso

Polvo en suspensión

Polvo sedimentable

Índice de corrosividad

Monóxido de carbono, generado por el parque automotor.

De las cinco estaciones de muestreo, es la ubicada en la zona industrial (Regional San José), la que sobrepasa los niveles máximos permisibles para todos los contaminantes.

La industria no está calificada ni por actividad

económica, no por riesgo a la colectividad, dado que para ello es indispensable tener el inventario de emisores y emisiones.

El servicio no tiene base legal jurídica para actuar sobre la industria contaminante, dado que es un programa manejado directamente por Minsalud.

Las principales industrias contaminantes en Bogotá son las fábricas de cemento, las que utilizan materiales de arcilla (ladrilleras), de ácido sulfúrico, de alimentos (aceites) y las plantas de asfalto.

Control de alimentos: Está adelantado fundamentalmente en: carne, la cual se proporciona a la población a través de los cinco mataderos existentes, tres de los cuales cuentan con frigoríficos, siendo su capacidad de sacrificio de 3620 cabezas diarias; con inspección sanitaria oficial y particular ante y post-morti.

Existe además unos 60 sitios de sacrificio clandestino de reses, chivos, cerdos, caballos y se suma a esto el ingreso de carnes procedentes de Cúndinamarca y Boyacá, que en algunos casos

cuentan con los certificados sanitarios del lugar de procedencia y son destinados al consumo de plazas mayoristas y salsamentarias.

El control es deficiente en cantidad y calidad, en los planchones, carnes foráneas, productos pesqueros y aves, Eticamente no existe ningún control.

Leche, la cual tiene un consumo de dos millones de botellas diarias, de las cuales doscientas mil se producen en el Distrito y el resto en la sabana y los valles de Ubaté y Chiquinquirá, Mas de la mitad de las botellas es vendida como leche cruda sin procesar y el resto es procedente de las 14 pasteurizadoras o enfriadoras.

El control es desordenado, sin embargo se nota como tanto, la leche cruda como la pasteurizada es de mala calidad química y bacteriológica.

Verduras y hortalizas, con una producción diaria de 22 toneladas constituyendo el apio un 70% de la misma, teniendo gran venta en San Andrés la Costa Atlántica y América Central.

El gran problema consiste en que su riego se

hace fundamentalmente a expensas del río Bogotá, cuyo grado de contaminación es conocido por todos.

Control de zoonosis: El principal problema detectado en relación a la zoonosis, es la rabia, tanto canina como humana. En el período entre 1966-75 se registraron 7 casos de mortalidad por rabia humana, y en los tres primeros meses de 1979 se registraron 4 casos de la misma, con trece contactos que recibieron vacunación antirrábica.

En 1979 se realizó una vacunación canina masiva, alcanzando una cobertura de 75%.

Las demás zoonosis presentan riesgo para el grupo laboral respectivo, perdiendo interés para el resto de la población.

2.2.2. Factores Intrasectoriales

El modelo de sistema de atención de salud para Bogotá, se divide en dos aspectos:

- 2.2.2.1. 1. Oferta de Servicios: de acuerdo a la complejidad y áreas de especialización.

2. Necesidad de servicios o demanda: se divide en dos aspectos según el tipo de problema:

- Enfermedad
- Riesgo de enfermar

Programas de Atención Médica. Salud Oral

Proyecto No. 8: Prevención de caries y enfermedades orales.

Definición: Mediante este producto se hará prevención de caries, enfermedad periodontal y ortodoncia preventiva a la población escolar.

Objetivos:

1. Disminuir incidencia y prevalencia de caries y enfermedad periodontal.
2. Evitar las alteraciones de oclusión
3. Obtener cambios en los hábitos de higiene oral en los escolares.

Actividades: Servicio a la población escolar

de las escuelas públicas en el área del organismo de salud.

Tareas

1. Levantar el censo escolar del área
2. Coordinar actividades con la Secretaría Distrital de Educación.
3. Motivar a los directores de las concentraciones escolares.
4. Confirmar los grupos de prevención
5. Definir métodos y técnicas de prevención de caries y enfermedad periodontal.
6. Aplicación de técnicas elementales para prevención de maloclusiones.
7. Educación sanitaria

Rendimiento

Un auxiliar deberá cubrir 8.000 escolares anualmente. En ortodoncia preventiva se atenderá el 10% de la población escolar.

Usuarios

Población escolar del área

Concentración

Según la técnica, cada paciente recibirá cuatro aplicaciones por año.

Instrumentos

Recursos humanos:

Ortodoncista

Auxiliar de consultorio dental

Auxiliar de higiene oral

Responsables:

Ortodoncista

Auxiliar de higiene oral

Nivel

Local e intermedio

Indicadores

No. escolares atendidos por la. vez en la

tarea 6

x 100

No. escolares de estrato socio-económico 1 y 2

del área de influencia del centro.

No. escolares asistentes acusan por la

vez en la tarea 7 x 100

No. escolares del área de influencia del centro

No. de horas/ortodoncista efectuadas

No. escolares atendidos

Costo de hora/educacional efectuadas

No. de reuniones efectuadas

Proyecto No. 9: Asistencia en Salud Oral:

Definición: Mediante este proyecto se dará atención en obturaciones y exodoncias en embarazadas, preescolares, escolares y se prestarán servicios de urgencias a las personas que lo soliciten.

Objetivo: Prestar atención en salud oral a la población materno-infantil, con énfasis en caries dental y a la demanda de urgencias odontológicas.

Actividades: Embarazadas- Se dará este servicio a las embarazadas durante el proceso de gestación.

Tareas

1. Evaluar el estado de salud oral de la embarazada por remisión médica una vez confirmado el embarazo.

2. Elaborar la historia clínica odontológica y plan de tratamiento.

3. Eliminar focos sépticos en cavidad oral

4. Restaurar los dientes afectados por caries

preescolares: Se dará este servicio a quines demanden atención.

Tareas

Igual a las tareas para actividades, en embarazadas.

Escolares: Se prestará servicio a los escolares de instituciones públicas del D.E. de Bogotá en

el área de influencia del centro.

Tareas

Iguales a las tareas para embarazadas

Otros: Se prestará atención en urgencias odontológicas a las personas que lo soliciten.

Tareas

Diagnóstico

Atención de la urgencia

Duración

12 horas por consulta

Rendimiento

Para obturaciones se atenderán 4 pacientes por hora. Para exodoncias y urgencias 6 por hora.

Concentración

Se estima que cada tratamiento tendrá un promedio de 4 obturaciones y una exodoncia. Para ur-

gencias la concentración será de 1.

Instrumentos

Recursos Humanos:

Odontólogo

Auxiliar de consultorio

Recursos materiales:

Unidad dental simplificada

Instrumental básico

Materiales dentales

Responsables:

Odontólogo

Indicadores

No. consultas a embarazadas X 100

No. de embarazadas esperando en el
centro de salud.

No. de preescolares atendidas X 100

No. preescolares calculados en
el centro de salud

Costo de hora/odontólogo mes

No. consultas odontológicas

Proyectos No. 8 No. 9 obtenidos de "Proyectos del nivel Intermedio" Bogotá, Octubre 1979.

Nivel de Salud

Causas de mortalidad y morbilidad ocurridos en Bogotá que demandan servicios.

1. Mortalidad General

a. Diez primeras causas de mortalidad en grupos de 5-14 años, Bogotá, 1978, ocurre en esta el 59% en hombres, el 41% en mujeres, siguen los patrones siguientes:

1. Accidentes en una tasa 2.45×10.000 para hombres 1.06×10.000 para mujeres.

2. Alta tasa de leucemia

3. Enteritis y otras enfermedades diarreicas, meningitis.

b. Grupo de 15-44 años; un 62% en hombres y 38% en mujeres siguiendo estos patrones.

1. Predominante son los accidentes y muertes

lentas en ambos sexos, constituyendo el monicordio la primera en hombre y la tercera en mujeres.

2. Enfermedades cardiovasculares

3. Tumores malignos: en el sexo femenino la mortalidad producida por complicación del embarazo, parto y puerperio, constituye un grave problema que debe ser tenido en cuenta en la programación.

c. Grupo 45-59 años: en este grupo el 50% correspondiente a hombres y el 50% a mujeres. Sigue estos patrones.

1. Tumores malignos con tasa de 2.3×10.000 de cáncer de mama en las mujeres y 5.27×10.000 en tumores de estómago en hombres y 3.29×10.000 en mujeres, que justifican los programas de detención del cáncer.

3. Accidentes y muertes violentas en el hombre.

4. Diabetes que ocupa el quinto lugar para hombres y el décimo para mujeres.

- d. Grupo de 60 años y mas: tenemos un 46% en hombres y 45% en mujeres. Sigue los patrones de enfermedad crónica y degenerativa en ambos sexos y de accidentes para hombres.

2. Morbitalidad General

Sigue el siguiente patrón:

- a. Enfermedades de los dientes y estructuras de sosten.
- b. Enfermedades infecciones y parasitarias digestivas e infecciones respiratorias agudas.
- c. Laceraciones y heridas en los hombres

1. Grupo de edad 5-14 años

- a. Enfermedades de los dientes
- b. Helmiltiasis
- c. Infecciones respiratorias
- d. Laceraciones y heridas en los hombres
- e. estados mal definidos

2. Grupo de edad 15-44 años

- a. En los hombres ocupa el primer lugar la fractura de los miembros con tasa de 11.9 x 10.000, laceraciones y heridas se observa una tasa de 40.2 para hombres y 13.4 para mujeres.
- b. En las mujeres las enfermedades del aparato genito-urinario ocupan el primer lugar.
- c. Tasas importantes de neurosis y perturbaciones mentales en ambos sexos.

3. Grupo de edad 45-59 años

- a. Enfermedades crónicas y degenerativas.
- b. Accidentes en el hombre especialmente en mujeres aparece como primera causa de enfermedad, enfermedades del aparato genito-urinario.
- c. Estados morbosos mal definidos.

4. Grupo de edad de 60 años y mas:

Siguen los patrones en general del grupo anterior con las siguientes modificaciones:

- a. En el hombre hiperplasia de la próstata.
- b. En ambos sexos cataratas.

2.3.

ACTIVIDADES FINALES

- 1. Acción preventiva odontológica; se desarrolla en la población de 5-14 años, en las 5 unidades regionales, desarrollando:
 - a. Educación en Salud Oral
 - b. Higiene oral (enseñanza)
 - c. Control de placa bacteriana
- 2. Tratamiento Odontológico
 - a. Actividades de tratamiento de Operat-
ria, Periodoncia, Endodoncia, Cirugía,
Cirugía Oral, Medicina Oral, Ortodon-
cia Preventiva.

- b. Se ejecutan en este período anual 1979
1.980.

116.000 consultas de primera vez

120.000 tratamientos iniciados

39.000 tratamientos terminados.

- c. Pacientes atendidos por grupos de edad.

5-14 años	80.720
Osbtetricas	5.300
Otros	20.380
TOTA.	106.400

Se involucran controles, sesiones y atenciones en salud oral.

3. Las actividades se desarrollaron en la creación de niveles intermedios de atención en:

- a. Hospitales locales

- b. Centros desarrollados: San Juan de Dios, San Ignacio, Bravo Paéz, Tunjuelito, El Guavio, Kennedy.

4. Tratamientos	1978	1979	1980	Totao
Iniciados	28.630	44.667	113.386	186.683
Terminados	16.380	26.740	65.686	108.806

2.4.

POBLACION

Bogotá D.E. Capital de Colombia con un área de 25 Km². sobre una meseta cuya altura es 2630 mts.

El Servicio de Salud de Bogotá calculó para Bogotá en el año de 1978, una población de 5.500.000 habitantes, representa el 15% de la población total del país.

El 46,7% son hombres y el 53,6% son mujeres. La población crece a una tasa del 6,6% anual, debido a la alta migración de otras ciudades y de la zona rural

La población de menores de 15 años es del 38.2% con tendencia a disminuir y la población de mayores de 60 años es de 4.3% con tendencia a aumentar. La densidad de la población es de 2200 habitantes por km.².

Los menores de un año representan el 2.2.% con

tendencia a la disminución.

La población en edad a trabajar (15-55) años, es el 55.5% con un acelerado ritmo de crecimiento.

Del total de población calculada para Bogotá, el 34.5% corresponde a la Regional No. 1 San Ignacio el 13.2% a la Regional No. 2 La Samaritana; el 12.5% a la Regional No. 3 San Juan de Dios; el 15.5% a la Regional No. 5 San José.

Se considera importante el desarrollo urbanístico para la proyección futura, teniéndose en cuenta la población migrante. Esto conlleva a que de 1200 barrios en Bogotá actualmente un 7% de estas son de construcciones piratas

Hay grandes dificultades para establecer la población real, ya que existen varios estudios con diferentes cifras, como en censo del Dane, Planeación Distrital y las proyecciones efectuadas por el Servicio de Salud de Bogotá, siendo éstas últimas las mas cercanas a la realidad.

POBLACION DE BOGOTA, D.E., POR SECTORES

1978

SECTOR	POBLACION	%
Asistencial	2.840.887	63
Provision Social	1.221.049	27
Privado	451.326	10
TOTAL	4.513.262	100

De acuerdo a los datos encontrados, se puede establecer que la población beneficiaria del servicio es el 63% del total de la población de Bogotá.

2.5.

ECOLOGIA

Bogotá está dividida en 3 áreas bien definida, la Zona Norte con mejores condiciones que la Zona Sur y una parte Central que tiene buenas condiciones de infraestructura Sanitaria, alta densidad de población trabajadora diurna, y una alta población nocturna de gente que llega a Bogotá, gamines, prostitutas, homosexuales y trabajadores nocturnos, deficiencias en la cons-

trucción, gran densidad de restaurantes, inquilinatos, bares y prostíbulos.

2.6. SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE BOGOTA D.E.

1. Objetivos Generales:

Integrar la presentación, mantenimiento y evolución de la salud de la población del Distrito Especial de Bogotá, sistematizando los servicios de atención a las personas, al 1/2 ambiente de infraestructura (de apoyo a las anteriores) a través de la planeación, coordinación y control de los servicios, de tal forma que permita la aplicación de las políticas emanadas del nivel nacional en el Distrito Especial de Bogotá.

2.6.1 Principales Recursos:

Bogotá tiene los mayores recursos de salud del País si se incluyen los del sector privado y el sector de Seguridad Social y el público, para cubrir las más mínimas necesidades de salud de la población.

2.6.1.1. Médicos: Hay en Bogotá 4.010 médicos registrados o sea el 33% de la totalidad de médicos del País, de ese número hay 3.129 dedicados a la práctica clínica de la medicina y solamente 761 en docencia e investigación. Cerca de 120 ejercen funciones administrativas total o parcialmente. Esto significa que Bogotá tiene un médico por cada 875 habitantes.

Cerca de 865 médicos trabajan con el I.S.S., con dedicación completa o parcial; si se ajusta a la dedicación completa serían 350 médicos; en el servicio de Salud de Bogotá trabajan 334 que en términos de dedicación serían solo 170 y el resto se dedica a la práctica privada y otras dependencias del Gobierno. El 30% de los médicos son especialistas y el resto se dedican a la medicina general.

Se realizan en Bogotá 12.525 consultas diarias y 3.131.228 en el año, 44.3% en organismos de asistencia, 7.6% en consultorios privados y 48.1% en Organismos de Seguridad Social.

2.6.1.2. Otro Personal de salud.- Profesional y no profesional.

Hay en la ciudad 1.119 odontólogos, o sea 32 por cada 100.000 habitantes; 416 farmacéuticos certificados o sea 12 por cada 100.000 habitantes y 0.16 por cada médico.

Bogotá tiene 7690 auxiliares y asistentes de enfermería y 50 promotoras en la comunidad; 65 médicos veterinarios; 30 ingenieros de sanidad y 120 inspectores de sanidad.

2.6.1.3. Hospitales : Cuenta Bogotá con 8.840 camas hospitalarias; o sea 2.5 camas por cada 1.000 habitantes, 55.7% generales, 11.4% infantiles, 6.8% gineco-obstétricas, 11.7% psiquiátricas, 14.5% especializadas. El 47.3% son asistenciales, el 23.8% de seguridad social y 28.9% privadas.

Hay actualmente 64 hospitales y clínicas en Bogotá distribuidos en la siguiente forma:

4 universitarios, 29 generales, 4 infantiles, 8 obstétricos, 1 de cancerología y 8 especializados. Del total 20 son asistenciales, 38 privados

y 6 de Seguridad Social. El número promedio de camas es de 127 por hospital con variaciones de 3 a 749 camas.

El costo calculado de un egreso hospitalario en un hospital asistencial general es de \$5.520 siendo el costo promedio diario en el mismo tipo de hospital de \$ 600.

2.6.1.4. Regionales de Salud : La ciudad ha sido dividida en 5 regionales de Salud así:

Unidad Regional No. 1

Sede Hospital San Ignacio, y 1 hospital general 2 hospitales especializados, 3 policlínicas, 16 centros de salud. Esta Regional sirve una población de 1.369.602 habitantes y una población beneficiaria de 508.653.

Unidad Regional No. 2

Sede Hospital La Samaritana, 2 hospitales especializados, 6 centros de salud. Este Regional sirve una población de 387.997 habitantes y una población beneficiaria de 324.139.

Unidad Regional No. 3

Sede Hospital San Juan de Dios, 3 hospitales especializados , 2 policlínicas, 16 centros de salud, Esta Regional sirve una población de 365.932 habitantes y una población beneficiaria de 324.139.

Unidad Regional No. 4

Sede Hospital Santa Clara, 1 policlínico, 9 centros de salud, Esta Regional sirve una población de 589.066 habitantes y una población beneficiaria de 327.150.

Unidad Regional No. 5

Sede Hospital San José, 1 hospital especializado, 2 policlínicas, 17 centros de salud, Esta Regional sirve una población de 963.741 habitantes y una población beneficiaria de 459.141.

Además existen hospitales comunitarios, estos son:

- Hospital local La granja
- Hospital Local Meissen
- Hospital local El Carmen
- Hospital local Fontibón
- Hospital local de Bosa

2.7. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO

2.7.1. Grupo de Niños Menores de 1 año

En los menores de 1 año tanto las causas de morbilidad como de mortalidad se pueden clasificar en dos grandes grupos de patología.

- a. Enfermedades de carácter infecciosos, de origen hídrico y respiratorio principalmente.
- b. Patología relacionada con atención del parto

Desde el punto de vista de las enfermedades infecciosas son bien conocidos como riesgos críticos a nivel preventivo, los aspectos inherentes a las condiciones de vida. Al respecto mencionaremos entre otros los siguientes indicadores: baja cobertura de acueductos y alcantarillado, deficiente calidad de agua suministrada a la población, tipo de vivienda etc.

MORBILIDAD GRUPO MENORES DE 1 AÑO

BOGOTA 1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS	%
1.	Enteritis y enf. diarréicas	10.430	24.4%
2.	Influenza	5.640	13.2%
3.	Infecciones resp. agudas	3.160	7.4%

MORBILIDAD GRUPO MENORES DE 1 AÑO

1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS	%
4.	Bronquitis, enfisema y asma	2.610	6.5%
5.	Síntomas y estados	2.590	6.1%
6.	Enf. de la piel y tejido celular sub- cutáneo	2.050	4.8%
7.	Enf. inflamatorias	1.280	3.0%

Al proyectar las tasas de morbi-mortalidad para el año 2.000 se obtienen tendencias similares a las actuales.

PRIMERAS CAUSAS DEMORTALIDAD MENORES

DE 1 AÑO- BOGOTA D.E. - 1978

ORDEN	CAUSA	NO.CASOS	%
1.	Neumonía	822	20.2
2.	Lesiones al nacer y afecc. anóxias e hipoxicas	924	22.7
3.	Enteritis y enf. diarréi- cas	719	17.7
4.	Otras causas de muerte prenatal	420	10.3
2.7.2.	Grupo de 1 año a 4 años		

Buena parte del análisis hecho al grupo de menores de 1 año es aplicable a este grupo, sin embargo algunas patologías que si bien tienen relación con los factores ya expuestos , incluyen además otros factores de riesgo y algunos mecanismos epidemiológicos diferentes.

La condición de vida determina que haga su aparición la Helmintiasis, patología de la cual estaban realmente protegidos los menores de 1 año.

MORBILIDAD GRUPO 1-4 AÑOS BOGOTA D.E.

1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS
1.	Infecs. respirat. agudas	6.800
2.	Enteritis y otras enf. diarréicas	6.670
3.	Helmintiasis	5.390
4.	Estados morbosos mal def.	4.300
6.	Bronquitis, enfisema, asma	3.200

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO 1-4

AÑOS BOGOTA D.E. -1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS
1.	Neumonía	151
2.	Enteritis y Enf. diarréicas	92
3.	Otros accidentes	79
4.	Sarampión	38
5.	Accidentes vehículos de motor	-

MORBILIDAD GRUPO 1-4 AÑOS BOGOTA D.E.

1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS
1.	Infecs. resp, agudas	6.800
2.	Enteritis y otras enf. diarreicas	6.670
3.	Helmintiasis	5.390
4.	Estados morbosos mal def.	4.100
5.	Influenza	4.300
5.	Bronquitis, enfisema, asma	3.200

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO 1-4
AÑOS BOGOTA D.E. - 1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS
1.	Neumonía	151
2.	Enteritis y Enf. diarreicas	92
3.	Otros accidentes	79
4.	Sarampión	38
5.	Accidentes vehículos de motor	-

2.7.3. Grupo de 5 a 14 años

Vale la pena destacar en este grupo la aparición de la morbilidad de la causa consignada bajo el título "Enfermedades de los dientes y estructuras de sostén" que ocupan el primer lugar con el 41% de la morbilidad total. En Bogotá se comenzó en 1977 la fluorización del agua y sus efectos protectores tan solo empezarán a visualizarse hacia 1983. Se espera, basados en los resultados del estudio piloto de Manizales reducir en un 60/ la incidencia de caries dental.

MORBILIDAD GRUPO 5- 14 AÑOS

BOGOTA 1078

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS	%
1.	Enfs. dientes y estructuras de sostén	45.810	41.1
2.	Helmintiasis	11.970	10.7
3.	Infecc. resp. A	7.080	6.4
4.	Estados mal definidos	6.080	5.5.
5.	Otras enf. sist, nerv.	3.240	2.9
6.	Influenza	2.770	2.5.
7.	Otras enf. piel y tej. celular subcutáneo	2.230	2.0

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO 5-14 AÑOS

BOGOTA D.E. 1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS	%
1.	Accidentes vehículos motor	128	25.0
2.	Otros accidentes	96	18.8
3.	Tumores malignos	61	11.9
4.	Neumonía	28	5.5.
5.	Otras enf. no incluídas en grupos anteriores	-	-

MORBILIDAD DE 15-44 AÑOS BOGOTA -1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS	%
1.	Otras enf. de aparat. genitourinario	14.720	14.5
2.	Estados mal definidos	10.530	10.4
3.	Enf. dientes y estruct. de sostén	9.850	9.7
4.	Accidentes carácter industrial	5.670	5.6
5.	Infecciones respirat.	4.090	4.0

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GRUPO DE
15-44 AÑOS BOGOTA D.E. 1978

ORDEN	CAUSA	NO. CASOS	%
1.	Otras causas externas de la lesión	723	22.4
2.	Accidentes vehículos de motor	444	13.7
3.	Tumores malignos	364	11.3
4.	Otros accidentes	234	7.2
5.	Enf. cerebrovasculares	136	4.2

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

Los cambios de la estructura 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.

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA. D.E.

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA (Lista 150)

BOGOTA D.E. 1975

ORDEN	CAUSA	CODIGOS	%
1.	Parto sin mención de complicación	A-118	26.2
2.	Otros abortos y los no especificados	A-115	5.9
3.	Otras Enf. del aparato genitourinario	A-111	5.9
4.	Hipertrófica de amígdalas y vegetaciones adenoides	A-094	4.8
5.	Tumores benignos y de naturaleza no especificada	A-061	2.6
6.	Otras enf. del sist. nerv. y órganos de los sentidos	A-079 A-137	2.6 2.4
7.	Síntomas y estados morbosos mas definidos	A-101	2.4
8.	Obstrucción intestinal y hernia	A-101	2.4
9.	Otras complicaciones del embr., parto y puerperio	A-117	2.2

ORDEN	CAUSAS	CODIGOS	%
10	Enteritis y otras enf. diarréicas	A-005	2.1

CAPITULO III

REGIONAL HOSPITAL SANTA CLARA

CAPITULO III

3. REGIONAL HOSPITAL SANTA CLARA

3.1. IDENTIFICACION DEL SUJETO

3.1.1. Ubicación y Limitación : Nombre de la Regional:

" Hospital Regional Universitario santa Clara" queda ubicado en Bogotá Distrito Especial, en la carrera 15 No. 1-59 Sur, siendo sus límites: por el Norte el Rio Tunjuelito hasta la transversal 60, por ésta hasta la Ave. 10. de Mayo, de ésta a la General Santander, hasta encontrar el Rio Fucha; siguiendo su curso hasta la calle 6a. Sur, con carrera 22, de allí hasta la Ave. Caracas, por el Occidente, de la Ave. 6a. Sur, con Ave. Caracas, continuando hasta la calle 13 por el sur, bajando por la calle 4 Sur hasta la carrera 24, de allí a la calle 27 Sur, bajando por esta hasta la Ave. 19 Sur, siguiendo hasta la calle 47 sur con 25 y por el Oriente, desde la calle 31 siguiendo por la autopista Sur hasta los límites con Soacha, es una gran zona y se caracteriza por su variedad de usos ya que es

en gran parte residencial conteniendo además la zona industrial mas grande de Bogotá, cubre un total de 55 barrios presentando 4 dispensarios; en Tunjuelito, zona industrial , Restrepo y Bosa.

3.2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACION

Es dependiente del Servicio de Salud de Bogotá, se encuentra la dirección del hospital y en la coordinación la unidad Regional. Se divide en 3 secciones: de atención médica, de saneamiento ambiental y administrativa.

La Sección de Atención Médica se divide a su vez en odontología, enfermería control de drogas, epidemiología y educación para la salud.

La Sección de Saneamiento Ambiental se divide en servicio de ingeniería sanitaria, servicio de veterinaria y supervisión.

La Sección Administrativa incluye estadística, caja y servicios generales (ver anexo 1)

3.3. BASE LEGAL

Es el plan hospitalario nacional. Ley 12 del 17 de

mayo de 1963.

El Decreto 356 de 1975 dice que todos los organismos públicos que presten servicios de salud a la comunidad quedan adscritos al sistema nacional de salud y por lo tanto dependen administrativamente de los organismos que dirigen este sistema, fueron reglamentadas las Entidades adscritas por medio de los Decretos 056 de 1975 y 356 del mismo año el ordinal B del Artículo segundo dice; son Entidades adscritas al sistema nacional de salud todas las personas Jurídicas de derecho público, que presten servicios de salud a la comunidad recibiendo o nó aportes del Estado.

3.4. OBJETIVOS GENERALES

Integrar la prestación de Servicios de Salud a todas las áreas y niveles para lo cual se ha establecido programas específicos previamente evaluados y coordinados, los cuales se ajustan a una programación preestablecida por el sistema cuyo objetivo es responder a las necesidades de la comunidad Bogotana.

3.5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.5.1. Salud Oral:

1. Dotar en la mejor forma el área física para una mejor prestación de servicios.
2. Dotar a las unidades operativas de lo necesario.
4. Dar una atención integral mediante la implantación de niveles de atención en salud oral.
5. Mejorar la calidad de la atención, dar continuidad a los programas y ampliar la cobertura mediante el aprovechamiento de los recursos extrasectoriales.
6. Estandarizar los procedimientos que permitan alcanzar un desarrollo óptimo de las actividades programadas para la atención en caries y así dar una atención simplificada y de buena calidad.
7. Identificar los elementos del sistema de salud para la prestación de servicios.
8. Utilización adecuada de recursos.

3.5.2. Atención Médica:

1. Ofrecer servicios oportunos y permanentes de

atención.

2. Adecuar los recursos humanos a las necesidades de la comunidad.
3. Mejorar el nivel de salud a la comunidad que cubre el servicio de salud en esta zona.
4. Dar cumplimiento a las políticas preestablecidas por el servicio de salud y el ministerio.

3.5.3. Salud Mental:

1. Crear programas de salud acordes con las necesidades existentes.
2. Ajustar dichos programas a las pautas que señalan la atención Médica.

3.5.4. Atención Materno Infantil:

- a) Elaborar un plan de prestación de servicios en el área Materno Infantil, según el nivel de complejidad, partiendo de atención primaria en salud, con acciones de promoción y protección hasta un nivel de atención técnica,

ofreciendo el máximo de complejidad.

- b) Integrar los Servicios Seccionales para la población materno infantil estableciendo un modelo de dotación según los niveles de atención.

3.5.5. Vigilancia y Control Epidemiológico

- a) Elaboración y ejecución programas de prevención para enfermedades transmisibles.
- b) Elaboración de programas de tratamiento y seguimiento de enfermedades transmisibles crónicas.

3.5.6. Nutrición y Educación:

3.5.7. División Administrativa:

3.5.8. Participación de la Comunidad:

- a) Organizar la comunidad para que ésta participe activamente en los programas de salud,
- b) Estudio de necesidades básicas a nivel de atención médica, odontológica, saneamiento

ambiental; para elaborar y ejecutar programas de salud.

- c) Campañas publicitarias tendientes a enterar a la población de los servicios que prestan los respectivos centros de salud.

3.5.8. Vacunación: Reducir el riesgo de enfermedad, mediante programas de vacunación a Recién Nacidos y escolares.

3.6. CENTROS DE SALUD Y DISPENSARIOS

La Regional No. 4, tiene a su cargo los siguientes centros de salud y dispensarios:

- a) Centro No. 1 Olaya, Cra. 21 NO. 22-51 Sur
- b) Centro No. 12 Bravo Páez, Clle. 37 Sur No. 25-07
- c) Centro No. 21 Bosa, Clle 12 No. 12-28
- d) Centro No. 26 Alcalá, Cra. 49 No.37-06 Sur
- e) Centro No. 44 Venecia, Cra. 54 No. 47a-30 Sur
- f) Centro No. 47 Ismael Perdomo, Clle.63a.S.No.76-06
- g) Centro No. 62 La Fayette Clle.12b-No.19a-19
- h) Centro No. 63 Alquería La Fragua, Clle 40 Sur
No. 53a-22
- i) Centro No. 64 Pablo VI Bosa, Transv. 15c. Diag.
36 Sur.

Los dispensarios son los siguientes:

- a) Dispensario Bosa, Ave. 1a. No. 12a.-09
- b) Dispensario Restrepo, Calle 17 S. No.18-50
- c) Dispensario Tunjuelito, Cra.12No.53-76 Sur.
- d) Dispensario Zona Industrial Cazucá

3.7. POBLACION

Aunque el Hospital Regional Santa Clara está en la obligación de atender todo tipo de personas que soliciten el servicio, bien pertenezcan a la Regional o nó, el cálculo aproximado de habitantes es como sigue: Hombres 327.66, Mujeres 375.480 para un total de 703.146 habitantes, esto para el año de 1978. (ver anexo 2)

3.8. NIVEL DE SALUD

3.8.1. Mortalidad Hospital Santa Clara:

1. Causa de mortalidad: no se pueden determinar correctamente, puesto que el diagnóstico del certificado de defunción es el del paciente y lo que se debe tener en cuenta es la patología que causa el deceso.

2. Características de la demanda: El 60% corresponde a hombres y el 40% a mujeres. Para el sexo masculino son las causas principales los accidentes de índole industrial y los tumores malignos, y para el femenino la neumonía.
3. Mortalidad en menores de 1 año: El 50% para el sexo femenino y el 50% para el masculino. Entre las causas mas corrientes se encuentran: neumonía, lesiones al nacer y afecciones anóxicas, causas por muerte parinatal, enteritis y enfermedades diarréicas y anomalías congénitas.
4. De 1 a 4 años: Se encuentran la neumonía, enteritis y enfermedades diarréicas, sarampión y accidentes en automotores.
5. De 5 a 14 años: Accidentes en vehículos de motor, otros accidentes, tumores malignos neumonía y otras enfermedades.
6. De 15 a 44 años: Solo aparece como consecuencia de muerte un caso de accidente industrial accidentes de vehículos de motor y enfermedades cerebrovasculares.

7. De 45 a 59 años: Tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, accidentes en vehículos de motor y otras enfermedades del corazón.
8. De 60 y más años: Enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del corazón enfermedades hipertensiva.

3.8.2. Morbilidad Hospital Santa Clara: Existen cinco clases de morbilidad:

1. TBC Pulmonar
2. Diarrea
3. Bronconeumonía
4. Hernia Inguinal
5. Insuficiencia cardíaca

En 1978, el 5% de morbilidad fué por problemas cardíacos.

1. Características de la demanda: Correspnde el 32% a hombres y el 68% a mujeres. Las enfermedades diarréicas ocupan los primeros lugares. Los estados morbosos mal definidos es-

presentes en ambos sexos.

2. Morbilidad en menores de 1 año: Enteritis y enfermedades diarréicas, influenza, infecciones respiratorias aguda, bronquitis, ecicema y asma.
3. de 1 a 4 años: Enfermedades entéricas, estados morbosos mal definidos y el sarampión. También están las infecciones respiratorias agudas, enteritis y otras enfermedades diarréicas helmintiasis, influenza etc.
4. De 5 a 14 años: Enfermedades digestivas, helmintiasis, infecciones respiratorias agudas, estados mal definidos y enfermedades del sistema nervioso.
5. De 15 a 44 años: En este grupo entran las enfermedades como la neurosis y otros transtornos de la personalidad; también las enfermedades genitourinarias, estados mal definidos, enfermedades de los dientes y estructuras de sostén y accidentes de carácter industrial.
6. De 45 a 59 años: Aparece la enfermedad dental

y la enfermedad pulmonar crónica, están las enfermedades del aparato genitourinario, enfermedades hipertensiva, estados mal definidos, enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, otras enfermedades del corazón.

7. De 60 y más años: Enfermedad hipertensiva, estados mal definidos, enfermedades genitourinarias, enfermedades del corazón, enficema y asma.

3.8.3. Morbi-mortalidad en niños menores de 1 año: En este caso podríamos dividir las patología en dos tipos diferentes:

1. Patología parto-natal: es la relacionada con la atención brindada durante el parto.
2. Las enfermedades de carácter infeccioso de origen hídrico y respiratorio principalmente.

El alto grado de morbi-mortalidad se debe a la deficiencia de los servicios primarios con que cuenta el sector donde viven; además de la falta de buena atención médica durante el nacimiento.

CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA

ORDEN	CAUSAS
1.	Parto sin mención de complicaciones
2.	Otros abortos y los no específicos
3.	Otras enfermedades del aparato genitourinario
4.	Hipertrofia de las amígdalas y vegetación de adenoides.
5.	Tumores benignos y de naturaleza no especificada
6.	Otras enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos
7.	Síntomas y estados morbosos mal definidos
8.	Obstrucción intestinal y hernia
9.	Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
10.	Enteritis y otras enfermedades diarreicas

(estos datos son del año 1975 no hay mas reciente información de este tipo).

5.969

100

(datos tomados del año 1980)

CAUSAS DE MORBILIDAD (Regional Sta. Clara)

ORDEN	CAUSAS	#	%
1.	Enfermedades de los dientes y tejidos de sosten	1.031	17.3
2.	Contra embarazo normal	732	15'6
3.	Otras helmintiasis	705	11.8
4.	Infecciones respiratorias agudas	665	11.1
5.	Enteritis y otras infecciones diarreicas	516	8.6
6.	TBC del aparato respiratorio	496	8.3.
7.	Influenza	469	7.9
8.	Bronquitis, enfisena, asma	458	7.7
9.	Otras enfermedades de los organos genitales	377	6.3
10.	Sintomas y estados morbosos mal definidos	320	5.4
		<hr/> 5.969	<hr/> 100

(datos tomados del año 1980)

3.9. ORGANIZACION

Esta dada por hospitales, Centros de Salud y puestos de saludo como sigue:

Hospital Regional Universitario Santa Clara, que es el Hospital sede de la Regional.

Hospital local comunitario de Bosa, que es el Hospital Local de la regional.

Centros de Salud:

- Centro de Salud No. 1 Olaya
- Centro de Salud No. 12 Bravo Páez
- Centro de Salud No. 26 Alcalá Muzú
- Centro de Salud No. 44 Venecia
- Centro de Salud No. 62 La Fayette

Puestos de Salud:

- Puesto de Salud No. 63 Alquería La Fragua
- Puesto de Salud No. 64 Pablo VI Bosa

- 3.9.1. Niveles de Jerarquía: Dirección: La conforman el Jefe de la Regional y el coordinador Técnico . Estos dependen de la jefatura del Servicio Seccional de Bogotá y del jefe de la Unidad Regional No.4

Tienen una dependencia jerárquica de : Hospitalización, Servicios Ambulatorios y complementarios.

3.11. SERVICIOS QUE PRESTA

3.11.1. Atención a las personas: El hospital presta servicios generales completos:

1. Consulta Externa: Pacientes que generalmente son remitidos de centros de salud.
2. Hospitalización
3. Neumología: Se atiende con prioridad al enfermo tuberculoso de todo el país, a nivel nacional.
4. Cirugía
5. Medicina Interna
6. Gastroenterología
7. Cuidados máximos
8. Radiología
9. Laboratorio clínico-patológico
10. Unidad de urgencias: se atienden casos menores, casos pediátricos.
11. Cardiología
12. Obstetricia
13. Pediatría
14. Salud mental

15. Odontología

Antiguamente se prestaba solo atención a pacientes tuberculosos, desde hace cinco años se atiende todo tipo de patología.

El hospital propiamente dicho cuenta con 6 pabellones, uno dedicado exclusivamente a pacientes con problemas eminentemente neumológicos (tuberculosis) otro dedicado a salud mental, otro a pacientes obstétricas y otros a pediatra.

Cuenta con 260 camas: 52 para ciudadanos mínimos, 26 para ciudadanos intensivos, 40 para cirugía, 10 para pediatría y 61 para neumología

Consulta médica: Se prestan los siguientes servicios: Ortopedia, pediatría, urología, otorrinolaringología, ginecología, medicina interna, medicina general, fisiología, cardiología, nutrición y planificación familiar.

Los Centros de Salud y el Hospital Local, prestan los mismos servicios, dependiendo de recursos humanos y materiales.

Consulta Odontológica: Cuenta con dos actividades

finales que son:

- Acción Preventiva Odontológica: Cubre la población escolar, se realiza mediante conferencias de educación de salud oral, técnicas y aplicación de fluor, y motivación del escolar para su asistencia al servicio de salud que le corresponde.

- Tratamiento odontológico : Para los escolares: exodoncias de temporales y permanentes, Operatoria y medicina oral. Para las Obstétricas: Exodoncias, operatoria y periodoncia. Y grupo de otros, Operatoria, Exodoncias, cirugía oral y medicina oral. Siempre tratando de realizar un servicio de tipo integral.

Estas actividades se prestan tanto en el centro de salud como en el Hospital local comunitario de Bosa. En cambio en el Hospital Santa Clara este servicio es prestado únicamente para los internos.

Servicios de enfermería : Control de Crecimiento y desarrollo, Control Pre-Natal, Planificación Familiar, Detección precoz del Cáncer,

y colaboración en una consulta médica.

Control Epidemiológico: Se están realizando investigaciones y seguimientos de casos de enfermedades contagiosas, intoxicaciones, diarreas de origen hídrico.

3.12. RECURSOS CON QUE CUENTA LA REGIONAL SANTA CLARA

Son recursos humanos, materiales y financieros.

3.12.1. a) Recursos Humanos: El Hospital Sede cuenta con:

29	Médicos Especialistas
6	Médicos generales
2	Odontólogos
7	Enfermeras
73	Auxiliares de Enfermería
6	Auxiliares de Salud Mental
3	Ayudantes de Enfermería
3	Auxiliares de Esterilización
22	Personas en el Dpto. de lavandería
50	Personas en Saneamiento
22	Personas en cocina
4	Conductores
2	Recepcionistas

- 2 Técnicos de Mantenimiento hospitalario
- 1 Operario de mantenimiento
- 6 Auxiliares para administración de equipos
- 8 Auxiliares para administración de planta física

Prevención: El servicio que se presta es la aplicación de vacunas:

Vacunación de TBC y prueba de la tuberculina, esto se realiza tanto en el Hospital Sede, como en los Centros y Puestos de Salud.

Capacitación de embarazadas para control prenatal, se está realizando únicamente en los Centros de Salud y el Policlínico de Bosa.
Participación de la comunidad.

- Citología
- Planificación Familiar
- Promoción de la Salud Oral

3.11.2. b) Atención al Medio Ambiente:

Control de Basuras

Control de alimentos procesados y perecederos

Servicio de Acueducto y Alcantarillado

Campañas de Letrinización

Control de Zoonosis (Vacunación contra rabia)

Alcalá: Un médico director, 3 odontólogos, 4 auxiliares de enfermería, 1 jefe y 1 ayudante.

Venecia: Un médico, dos odontólogos, 4 auxiliares de enfermería, 1 jefe y dos ayudantes de enfermería.

Ismael Perdomo: Un médico Director, 2 odontólogos, 3 auxiliares de enfermería, 1 jefe y 1 ayudante.

Bravo Páez: Un médico Director, 2 odontólogos, 5 auxiliares de enfermería, 1 jefe y dos ayudantes de enfermería.

Quiroga: Un médico director, 3 odontólogos, 1 jefe 5 auxiliares de enfermería y 1 ayudante de enfermería.

Olaya: Un médico Director, 3 Odontólogos, 1 jefe, 4 auxiliares de enfermería, y 1 ayudante de enfermería.

c) Los Puestos de Salud cuentan con:

Alquería: 1 médico Director, 1 odontólogo, 1 jefe

y un ayudante de enfermería.

Policlínico: 1 medico Director, 2 odontólogos, 1 jefe, 6 auxiliares de enfermería y 6 ayudantes de enfermería.

Pablo VI: 2 médicos Directores, 5 Odontólogos, 2 Jefes, 7 auxiliares de enfermería y 7 ayudantes de enfermería.

3.12.2. Recursos Materiales: La tecnología es aceptable, porque el fondo nacional hospitalario se ha dado buenos equipos al igual que el servicio seccional.

- Equipo de rayos X
- Laboratorio clínico y patológico
- Laboratotio pulmonar
- Equipos móviles
- Equipos de esterilización
- Salas de cirugía (3), con elementos mínimos necesarios
- Sala de recuperación
- Lavandería
- Farmacia
- Cocina
- Comedores

- Areas de mantenimiento
- Sala de juegos para niños
- Talleres del hospital de guía

Un Pabellón para cirugía, que cuenta con 24 camas.

Un Pabellón para Salud Mental con 10 camas

Un Pabellón para Pediatría con 38 camas

En consulta externa existen 11 consultorios y 9 en los Centros de Salud. Estos Consultorios cuentan con su dotación completa. Se cuenta también con 5 obstétricas, en Bosa.

El Hospital Sede tiene un consultorio Odontológico completo, con equipo de Rayos X.

Hay 1 farmacia en el Hospital y 1 en cada Centro de Salud, 1 lavandería para el Hospital y otra para Bosa, 2 salas de Rayos X, para consulta externa y hospitalización, 1 sección de nutrición y 1 sala de esterilización. Existen dos salas de cirugía con dotación completa.

Medicina Interna: Se cuenta con gran cantidad de equipo para el desarrollo de las dos actividades:

Medicina Interna y Hospitalización.

Consta de tres equipos de rayos X, dos en radiología y uno para exámen de pulmón, fotofluorografía.

Laboratorio Clínico: Microscopio y esterilizadores.

Anatomía y Patología: Anfiteatro y neveras de conservación.

Laboratorio Pulmonar: Broncoscopio

Cirugía: Dos quirófanos, mesa de cirugía, equipos de oxígeno, de anestesia, negatoscopio, instrumental y aparatología para cirugías generales y torácicas.

Sala de recuperación con equipo de cuidados intensivos y resucitador.

Sección de esterilización: Tres Autoclaves.

Servicio de Oftalmología: Retinoscopio, Oftalmoscopio, transiluminador, optotipos de letras, números y dibujos, queratómetros y forarter,

Equipo de comunicación, Conmutador.

Movilización de pacientes: Camillas y Sillas de Ruedas.

Departamento de Odontología: Unidad completa de lámpara, compresor, escupidera, pieza de alta y baja velocidad, esterilizador, instrumental para endodoncia, periodoncia, cirugía oral y operatoria.

Departamento de Cardiología: Fonendoscopio, tensiómetro, pantalla para hacer exámen de cardiología.

Instrumental completo para: Urología, vías respiratorias, cardiología medicina general, pediatría, cirugía, ortopedia, odontología y oftalmología.

Banco de Sangre: Equipos para transfusión, neveras, camillas, centrífugas.

Equipos de Terapia: Radioterapia, isótopo radioactivo, para hidroterapia, terapia mental y terapia pulmonar.

3.12.3. Recursos Financieros: Para el año de 1981 dispone el hospital de \$170'000.000, de los cuales el 96%

es aporte del Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud; un 3% del Servicio Seccional de Salud; el Distrito hace su aporte en un mínimo porcentaje. En el hospital existen diversas tarifas dependiendo del nivel socioeconómico, clasificada así: A, B, C.

- El 36.7% para financiación
- El 34.4% para servicios personales
- El 38.1% para gastos generales
- Y 190.000 pesos para construcción

3.13. NIVEL SOCIO ECONOMICO

3.13.1. Zona Comercial: Solamente existen dos zonas comerciales en la regional Santa Clara, Dignas de mencionar:

1. Barrio Restrepo: Más que todo están ubicados allí los almacenes de calzado y ropa.
2. Barrio Inglés: Predominan también los almacenes de ropa y calzado, pero existen también droguerías, papelerías, almacenes de electrodomésticos, fotografías y restaurantes.

3.13.2. Zona industrial: La Zona Industrial Cazucá es la

de mayor importancia, y allí existen toda clase de fábricas como: Crysler Colmotores, Sena Industrial, Fábrica Rocome (Calderas), Calzado Corona, Fábricas de plástico, Metalmecánicas del Caribe, Ladrillería Monserrate, La Sevillana (Aceites), Zapatos Croydon y frigoríficos Guadalupe.

3.14. SANEAMIENTO AMBIENTAL

El nivel Básico Primario es realizado por los promotores de Saneamiento y consta de 7 actividades finales:

- Higiene Locativa
- Suministro de Agua Potable
- Protección del Ambiente
- Disposición de desechos
- Salud Ocupacional
- Control de Alimentos
- Control de Zoonosis

El Nivel Especial es desarrollado por los profesionales, y tiene las mismas actividades finales.

El sitio donde opera el Saneamiento Básico, es la zona de influencia de cada Centro de Salud, y debe

existir como mínimo un promotor de Saneamiento por cada Centro.

El Objetivo principal de la Atención al Medio Ambiente es el de Prevenir y Educar para así disminuir los índices y tasas en la Atención Médica.

3.15. ANALISIS DEL NIVEL REGIONAL

3.15.1. Población: Primero se debe tener en cuenta que el Hospital Santa Clara no tiene una población asignada, puesto que allí asisten en demanda de servicios toda clase de personas de diferentes localidades y diferentes patologías.

Como el Hospital Regional Universitario, orienta sus casos de atención específicamente al nivel de alta tecnología, remite los pacientes de bajo riesgo a los Centros de Salud y a los Hospitales Locales es por esto que es muy difícil hacer un cálculo aproximado de la población asignada.

El Nivel Socio-Económico de la población es medio bajo, por lo que la mayoría de personas que viven en su zona de influencia, viven en casa arrendada.

En cambio el nivel Cultural es más o menos aceptable,

puesto que dentro de la Regional hay bastantes colegios de primaria y de bachillerato.

En general dentro de la REgional, predomina el sexo masculino, de los cuales la mayoría tiene de ocupación ser obreros independientes, y las mujeres dedicadas al Hogar y a los oficios domésticos.

El grupo de edad que cuenta con más población es el grupo de 15 a 44 años y el grupo de Otros, sin embargo la atención es dedicada más al grupo de escolares que al de adultos que es de 0.1% con relación a la población asignada. En este sentido se está cumpliendo una de las políticas de Salud dadas por el Ministerio, que dice que el grupo de escolares y el de obstétricas tienen prelación para recibir los servicios de salud.

3.15.2. Objetivos Específicos: En cuanto a Salud Oral , se observa que la dotación es insuficiente para prestar los servicios que necesita la población. A pesar de que los niveles de atención en Salud Oral están programados, no se presta una atención integral, puesto que solamente se hacen tratamientos de operatoria y exodoncia principalmente.

Se deberían estandarizar los procedimientos que

nos permitirían una atención simplificada y de buena calidad, y sin embargo los registros nos muestran que el rendimiento es menor al programado.

- 3.15.3. Objetivos Generales: Según las necesidades locales se obtienen los programas de Salud, en base a un diseño, coordinación y evaluación de los programas específicos, de Salud Oral.

Sin embargo, como Salud Oral no es prioridad, los recursos financieros, se destinan en su mayoría a otros departamentos que son prioridad y como consecuencia los Programas de Salud Oral no se están cumpliendo en su totalidad.

La población de -15 a 44 años obstétrica, es una de las más importantes, por cuanto se refiere a una población muy vulnerable, además de que la madre es la más indicada para enseñar a su hijo hábitos de higiene oral. Afortunadamente el Ministerio de Salud fomenta programas materno-infantiles cada vez con mayor frecuencia y mejor calidad, para poder reducir la morbilidad y mortalidad a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.

En la actualidad, en cada Centro de Salud y Puesto de Salud, donde se realizan actividades finales se hace seguimiento y control de dichas actividades referentes al desarrollo de los programas con el fin de analizar cada uno de ellos y hacer las correcciones para su adecuada realización. Sin embargo, se podría decir que esto solamente se hace en la teoría, en el momento de hacer la programación del año siguiente, debido a las irregularidades que se pueden presentar en cada servicio, tales como falta de agua, racionamiento de luz, entrega atrasada de suministros, insuficiente personal capacitado, etc.

- 3.15.4. Atención a las personas: El servicio que presta el Hospital Regional Santa Clara es para pacientes que padecen patologías de alto riesgo, esto debido al alto nivel tecnológico que opera allí. Este nivel tecnológico irá aumentando cada vez más debido al programa docente-asistencial.

Este Programa Docente-Asistencial es uno de los más importantes ya que a este nivel es donde se están haciendo investigaciones de diferentes tipos, con la ayuda tecnológica, profesional y financiera que pueden prestar las diferentes universidades que tienen facultades debidas a las Ciencias de la Salud.

De esta forma se espera que todas las facultades de Medicina, Odontología, Enfermería, etc., tengan un Hospital donde poder practicar y a la vez prestar los servicios necesarios a la comunidad.

Este programa Docente-Asistencial, traería grandes ventajas a los estudiantes que tendrían lugar de práctica, un docente profesional colaborándole permanentemente, tendría al alcance los conocimientos que solo puede ofrecer una facultad, etc. También ventajas para los profesionales, puesto que se pueden dedicar a la docencia sin descuidar la asistencia. Y por último grandes ventajas también para la población que tendrá mayor cantidad de servicios disponibles y de una calidad inmejorable, puesto que se trata de actividades supervisadas por los docentes profesionales.

- 3.15.5. Saneamiento Ambiental: En este aspecto de saneamiento ambiental, lo mas importante de anotar es el alto grado de contaminación que tiene actualmente el Rio Bogotá, y desde luego toda su área de influencia. A pesar de la gran contaminación de sus aguas estas son empleadas para el riego de cultivos de hortalizas y cereales lo que significa un peligro potencial para toda la población que consume de éstas plantaciones.

La solución sería la ampliación y rectificación del río y la construcción de una planta de tratamiento en Chía.

Los beneficios obtenidos serán que se podrá usar las aguas del río Bogotá para riego de cultivos, sin peligro de infecciones y además se lograría una mejoría ambiental bastante marcada en toda la zona de la Sabana de Bogotá.

CONCLUSIONES

1. La Regional Santa Clara presta servicios a la población, pero que resultan insuficientes debido a la gran cantidad de demanda de servicios.
2. La parte docente-asistencial está muy adelantada gracias a la colaboración de la universidad Nacional, con la que se están llevando a cabo investigaciones y seguimientos de casos de enfermedades contagiosas, intoxicaciones, diarreas de origen hídrico, etc.
3. El Sistema Nacional de Salud, debe actuar conjuntamente con los otros sectores del país, para poder hacer frente en una forma satisfactoria a todos sus problemas.
4. Se requiere de una participación activa de la comunidad, para poder brindar adecuados servicios de salud.
5. En lo referente a la contaminación del río Bogotá,

si no se controla este problema lo más rápidamente posible, seguramente dentro de unos años se afectará también la hoya del Río Magdalena, complicando aún más la situación ambiental para la ciudad de Bogotá.

CAPITULO IV

DESCRIPCION ANALISIS E IDENTIFICACION DEL NIVEL LOCAL

CENTRO ALQUERIA LA FRAGUA

CAPITULO IV

DESCRIPCION ANALISIS E IDENTIFICACION DEL NIVEL LOCAL

CENTRO 63 ALQUERIA LA FRAGUA

INTRODUCCION

A continuación se hará una una descripción del Centro Alqueria La Fragua No. 63, haciendo énfasis en sus programas de funcionamiento, en su infraestructura. Así como también analizará - la población a atender, teniendo en cuenta que es una parte del sistema Nacional de Salud.

4.1. UBICACION:

El Centro de Salud No. 63 Alqueria La Fragua está ubicado en Bogotá, D.E. en la Calle 40 sur No. 53 A 22 telefono 270-18-12.

4.2 AREA DE INFLUENCIAS:

El Centro cubre los siguientes Barrios.

- Alqueria La Fragua
- Salvador Allende
- Villanueva
- Floralia
- Providencia
- Las Delicias
- Carvajal
- Nueva York
- San Andrés
- Tabora
- Talabera
- Gorgona
- Chucua
- Barranquillita

4.3. LIMITES

Al Norte con la Ave. 10. de Mayo

Al Occidente con la Ave. Boyacá

Al Sur con la Ave. 68

4.4. ORGANIGRAMA (ver anexo No. 4)

4.5. RECURSOS CON QUE CUENTA EL CENTRO PARA SU FUNCIONAMIENTO

- 4.5.1. Recursos Humanos : Medios 3
- Odontologos 2
 - Auxiliares de Odontología 1
 - Auxiliares de enfermería 2
 - Analista 1
 - Aseadora 1
 - Celador 2
 - Promotora de salud 1
- 4.5.2. Recurso Físico : El área física construída cubre un total de 500 mts.2. , distribuídos así:
- Locativos
 - 3 Consultorio Médicos
 - 1 Consultorio Odontológico
 - 1 Sala de conferencias
 - 3 oficinas
 - 1 Area de celaduría, con servicios de vivienda
 - 1 Cuarto de depósito
 - 1 Sala de vacunación
 - 6 baños
- 4.5.2.1. Muebles y enseres: 5 Escritorios
- 2 Archivadores
 - 2 Bancas

15 Asientos
3 Estantes
2 Gabinetes
3 Butacos

4.5.2.2. Equipos de Atención :Odontología

1 Unidad Odontológica
1 Silla para Operador
1 Hervidora
1 Amalgamador
Medicina
1 Báscula
1 Mesa clínica para ginecología
1 Nevera

4.5.2.3. Biomateriales existentes: Odontología

Eyectores
Agujas
Dycal
Oxido de zinc
Limadura plata
Anestesia
Fosfato de zinc
Resina
Mercurio

Equipo de sutura

Algodón

Gasa

Sellantes de fosetas y fisuras

Benzal

Acetato de zinc

- Anestecia
- Sutura
- Agujas
- Alcohol
- Baja lengua
- Gasa
- Esparadrapo
- Algodón
- Mercurio cromo
- Benzal

4.5.3. Recursos Financieros: La nómina de sueldos es pagada por el Servicio Seccional de Salud y Alcaldía Mayor, esta corresponde \$143.532 mensuales aproximadamente, lo que daría un gran total anual de 1'722.384. Las provisiones de suministros y servicios son financiados por el Servicio Seccional de Salud, alcanzando un valor de \$100.000 anuales, de lo anterior se deduce que el Centro de Salud requiere de \$2'922.384 para su funcionamiento anual

4.6. POBLACION

La población total aproximada según el censo administrativo de planeación distrital, la división de la población es de 73.692 habitantes desglosada así por grupos de edad de 5-14 años 14.392, obstétricas 1.680 y otros 57.620.

De lo anterior se puede decir que hay mayor cantidad de mujeres, que la población mayor de 15 años corresponde a 55% de la población total, el 45% de la población es económicamente activa y hay una relación 1 a 1 o sea un niño por cada adulto.

La tasa de crecimiento vegetativo está dada por nacimientos e inmigraciones que es del 6.8% anual comenzando por muerte prematura diferentes enfermedades y desnutrición.

Según datos recolectados por el IDU se determina que en un periodo de 5 años se presentan por cada 1.000 habitantes, 45 nacimientos y 11 defunciones, además se requiere de 21 años para duplicar la población.

De la población se puede decir que su estrato socio-

económico es medio-bajo; los lugares de residencia son viviendas de sistema progresivo, es decir, que sus moradores viven en ellas sin terminar la construcción y van armándola de acuerdo con sus ingresos. En términos generales todas cuentan con servicios sanitarios, luz, agua en 100%.

En cuanto al control de desechos: las grandes industrias que están localizadas en la periferia del barrio, sí poseen de desechos, pero, a nivel de comunidad existe problemática de desechos, debido a que la comunidad los deposita en sitios inadecuados, creando así, focos sépticos.

Los desperdicios alimenticios, alimenticios e industriales incluyen también cenizas de la combustión que son un peligro potencial para la salud, porque atacan insectos, además de producir afecciones pulmonares; y es importante deshacerse de ellas para la limpieza y comodidad del barrio.

El control de aguas: Las aguas para el consumo humano, no reciben un tratamiento físico, químico y bacteriológico adecuado, al igual que para el resto de la ciudad; pero, el bajo nivel cultural, no aplica tratamientos caseros, para aumentar la potabilidad

de esta.

El control de alimentos: No hay un control adecuado desde el proveedor hasta el consumidor. Por ejemplo: tiendas al por menor, cocinas y comedores.

Existen en el sector mas de 1.000 establecimientos que implican riesgos epidemiológicos para la comunidad del sector; los hay de alto riesgo epidemiológico como son bares y cantinas, expendios de leche y carne, tiendas y plazas de medio riesgo epidemiológico un hospital, 144 fábricas, 19 droguerías de bajo riesgo, colegios privados.

Como conclusión se puede precisar: que la base de la población está constituida por el grupo de 15-44 años (obstetricos) que ocupa el mayor porcentaje, el grupo de 45 y más años ocupa el menor porcentaje y por consiguiente ocupa el vértice de la pirámide de población.

4.7. DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS

Se presentan servicios de consulta general, control prenatal, planificación familiar, citología, consulta del niño sano, vacunación, odontología, saneamiento ambiental, servicio de zoonosis, vi-

sita domiciliaria.

Consulta médica: Existen tres médicos que prestan servicio diario incluyendo al médico Director del Centro, en la siguiente forma:

- Médico Rural
- Médico Consultante
- Médico Director

El médico rural debe hacer un total de 32 consultas médicas diarias.

El médico Consultante debe realizar 16 consulta médicas.

El médico Director hace un total de 24 consultas, tenemos entonces que lo ideal teóricamente es de 72 consultas médicas diariamente, sin embargo, los datos recolectados nos demuestran que en realidad se hacen diariamente aproximadamente 50-60 consultas diarias, teniendo en cuenta inconvenientes como no asistencia de la comunidad al Centro, no cumplimiento de horarios por parte de los profesionales, como ocurrió en varias oportunidades que asistimos, especialmente en las horas de la tarde y la primeras de la mañana: la actividad del médico está

limitada a la formulación de las drogas existentes, sin embargo, cuando se formulan drogas no existentes, el paciente la desecha por falta de recursos.

Sistema de Atención: Se entregan fichas de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 12:30 am. para consulta general; para control prenatal se entregan las fichas a las 8:00 a.m., las órdenes de citología se entregan a las 12:30 a.m. para ser remitidas a Bosa, la consulta de niño sano se atiende los miércoles y jueves a las 12:30 a.m.

En cuanto a vacunación se aplican en niños de 1 a 4 años generalmente son utilizadas 15 vacunas diarias, con mayor frecuencia son de polio y DPT; aunque no se lleva un control de series terminadas de vacunas.

Las fichas son repartidas de lunes a viernes de 8:00 a 4:00 p.m.

El servicio de zoonosis se presta viernes de 11:00 a 3:pm. y saneamiento ambiental, martes y jueves de 8:00 a.m. a 10:00 a.m.

Hay horario diario para consulta general, odon-

tología, planificación familiar, control prenatal y vacunación de niños.

En cuanto a odontología es una de las actividades que mas se realizan en este centro. El mayor servicio se practica en el campo de operatoria y cirugía oral (exodoncias). El servicio de acción preventiva se hace inclusive por sellantes de fisuras y fasetas, también se realizan tratamientos de ortodoncia interceptica.

De lo anterior se deduce que el mayor servicio es prestado con una técnica curativa.

En cuanto actividades de protesis, endodoncia (adultos) no se realizan.

En cuanto a visitas domiciliarias existen visitas domiciliarias a nivel de promotora de salud y trabajadoras sociales, quienes cumpliendo sus labores; asisten a la comunidad durante todo el día dividiendo el barrio por sectores. Se hacen aproximadamente dos visitas por hora.

4.8. PROBLEMATICA DE SALUD

4.8.1. Morbilidad General : Hay un 43% en el sexo mas-

masculino y 57% en femenino.

Ocupan lugares positivos las infecciones respiratorias y las enfermedades gastrointestinales (parasitarias) las afecciones hipertensivas mayores en el sexo femenino, infección genecourinaria.

La morbilidad por grupos de edades es la siguiente: menores de un año: enfermedades de carácter infeccioso y respiratorio, patologías relacionadas con la atención del parto, enfermedades gastrointestinales (enteritis) estados carenciales en la lactancia.

15-44 : se presentan hipertensión arterial mayor en el sexo masculino. En esta etapa las enfermedades de los dientes y estructuras de sostén ocupan el primer lugar, enfermedades del tacto genitounrinario, otra causa es la agresión personal.

45 y más años: el patrón de morbilidad por estado morbosos mal definidos, lesiones cerebrovasculares, cardiovasculares; aparece en gran porcentaje la hipertensión arterial

4.8.2. Mortalidad General: Es mayor en el sexo masculino en un 58% y un 42% en el sexo femenino.

Las mayores causas son enfermedades coronarias,

accidentes industriales, muerte violenta, muertes infantiles por enfermedades parasitarias, enfermedades paranatales, y tumores malignos.

En la etapa de los 5-14 años hay un 88% de mortalidad de niños debido a enfermedades respiratorias.

En el grupo de 45 y más años hay un porcentaje de 60 en hombres y 40% en mujeres por enfermedades cardiovasculares seguidas de tumores malignos.

4.8.3. Morbi- Mortalidad específica en Odontología: La morbilidad está dada por el componente caries dental.

La mortalidad está dada por el componente exodoncia.

Esta relación se observa en toda la población demandante y en todos los grupos de edad, vale la pena anotar que el centro de salud no tiene ningún tipo de registro sobre enfermedades periodontal, siendo esta la segunda patología oral que afecta la población colombiana (88.7%), desde los cinco años, siendo la causa de mortalidad específico, puesto que induce a las exodoncias.

La relación entre morbi-mortalidad específica para dientes no es directamente proporcional, ya que es de tres a uno o sea que cada tres dientes cariados se practica una exodoncia a diferencia de dientes temporales, en los cuales la relación si es directamente proporcional.

Como conclusión en cuanto a morbi-mortalidad se puede decir:

1. La morbi-mortalidad general, está directamente relacionada con el medio ambiente y el estado nutricional que presenta la comunidad.

2. La morbi-mortalidad específica está relacionada directamente con la falta de educación, el mal estado nutricional y la deficiente higiene oral,

4.8.3. Factores condicionantes de la Mabi-mortalidad

4.8.3.1. Comunidad: Que está caracterizada por individualidad.

Grupos de Edad: El mayor número de población es en el grupo de 15-44 años, le sigue en su orden de 5-14; 0-4 y 45 y más.

La población es realmente joven y su mayor susceptibilidad es hacia patología aguda tales como las gastro-intestinales infecto-contagiosas, dentro de la morbilidad específica tenemos que es la mas susceptible a caries dental.

En el grupo de edad de 45 y más años tenemos que tener en cuenta el predominio de las enfermedades cardiovasculares, es decir son susceptible a las enfermedades de tipo crónico. La morbilidad específica no está dada por el centro de salud, deducimos que es la enfermedad periodontal, pero debido a la poca importancia que se le había dado hasta hace pocos años no está registrado.

Nivel de nutrición: Las enfermedades escolares se presentan con mayor frecuencia y gravedad debido al bajo nivel nutricional de la comunidad.

El ingreso per cápita incluye directamente sobre el grado de nutrición del individuo el cual será bajo o muy disminuído por el alto costo para adquirir una dieta razonable. Haciendo un gran esfuerzo lo lograron, encontrándose con un producto de baja calidad sin el número de proteínas necesarias ni las calorías requeridas ; esto produce

en la comunidad una mala absorción y un deficiente aprovechamiento de los alimentos.

4.8.3.2. Factores Ambientales: Medio Natural: Se encuentra el barrio en una zona urbana donde existe hacinamiento de población que anexado a la industrialización nos eleva las patologías respiratorias como ocurre en la edad escolar infantil.

Tenemos en cuenta la altitud que es un apoyo para las insuficiencias cardíacas; el clima frío y la humedad aumenta las complicaciones circulatorias especialmente en el grupo de mayor edad.

El control de desechos es inadecuado existiendo un pozo séptico constante, el cual coadyuva a las enfermedades infecto parasitarias y gastrointestinales puesto que la comunidad está en constante contacto con éste. También disminuye las defensas del organismo y por lo tanto aumenta la susceptibilidad del huésped a dichas enfermedades.

El barrio carece del saneamiento básico, no hay servicios de infraestructura como alcantarillado, acueducto y servicio de energía eléctrica que contribuye a una salud óptima de la comunidad, sin

embargo uno de los dos sectores en que está dividido el barrio goza de estos y está por lo tanto mas favorecido; el otro tiene que depender en su mayoría del primero, por lo tanto no alcanza ni mantiene los niveles adecuados en cuanto a la calidad del servicio y población atendida con estos sistemas, para proporcionar mejores condiciones sanitarias que estimulen el desarrollo general del barrio para que sean compatibles con las condiciones socio-económicas de la comunidad.

Otro de los factores que contribuyen a la contaminación del medio natural son las grandes empresas que por la ubicación del barrio en una zona industrial, está rodeada de áreas sépticas en las cuales depositan sus productos finales (aserrín) sin control alguno, produciendo un alto índice de enfermedades respiratorias, sin embargo hace aproximadamente dos años por petición de la comunidad y de las fábricas vecinas, puesto que la mayor causante es "Modulíneas" y una fábrica de refracción de canecas, parece que dicho problema ha disminuído desde entonces.

Otro factor sumado a los anteriores es la falta de pavimentación que con el paso de vehículos o sim-

plemente con el viento levanta polvo constantemente, cuando no hay lluvias que producen estancamientos con agua con cualquier clase de infecciones.

La polución se aumenta por el tránsito de automotores de la avenida 68 y Primero de Mayo.

En cualquier parte del barrio encontramos focos creados por la misma comunidad quienes depositan sus excretas en cualquier sitio, lo que ayuda no solo a la infección sino al contagio continuo de las enfermedades ya que crea un cultivo constante de microorganismos.

La vivienda es un condicionante importante de nuestro diagnóstico; no existe planeación urbanística está caracterizada:

a) Ausencia de zonas verdes a nivel de vivienda y a nivel recreativo.

b) Calles del trazado urbano sin las mínimas normas de reglamentación.

c) No existen vías peatonales

d) El tipo de vivienda que existe es progresiva lo cual produce en ocasiones hacinamientos, lo que aumenta la susceptibilidad a enfermedades respiratorias, efectoparasitarias y gastrointestinales.

4.8.3.3. Medio Cultural: a) Religión: Las creencias religiosas no practicadas son las regidas por la Iglesia católica, sin embargo existe fe en ideas pagadas, tales como embrujos y yerbateros, por lo tanto no hay un patrón de comportamiento moral, lo que con lleva a un espíritu poco sano que aumenta las dificultades de la comunidad, aquí debemos tener en cuenta la desesperación que produce el individuo su necesidad y lo lleva a la cometer delitos.

Nivel político: Existen diferentes ideologías políticas pero no llegan a solidificarse cerca de cualquier grupo político, hay ideas individuales pero no tienen un alcance nacional. A través de la trayectoria de la política la gente ha dejado de creer en cualquier dirigente, ya que lo considera como ' hablador de carreta e inclumplidor de promesas'.

Nivel educativo: Esta directamente relacionado con la salud, puesto que la comunidad ignora sus ne-

necesidades y dolencias y por lo tanto si no existe dolor no asiste al centro de salud, causal esta en algunas ocasiones de la poca demanda o expectativas de salud.

Su educación es baja, existe analfabetismo ayudado por las pocas oportunidades ya que solo existe una sola escuela oficial pero hay quien alcanza un puesto en un establecimiento privado con muchos esfuerzos y existe un espíritu de superación especialmente por la gente joven quienes han optado por las carreras técnicas, las cuales tienen menos limitantes.

Nivel Económico: Actualmente existe un fenómeno grave que es la gente con recursos, pero de bajo nivel cultural, la cual se presenta en un porcentaje bajo en el barrio; aunque esto no influye en la capacidad de adquisición de los servicios médicos porque a causa de su misma ignorancia no perciben la importancia de los mismos lo que los coloca en igual situación de quienes no tienen los recursos, hasta que el pronóstico es reservado es cuando se presenta la ventaja de dicho grupo.

En general el estrato socio-económico es bajo-medio

el cual influye como se explicó anteriormente al decir si la patología puede desaparecer o se elimina.

- 4.8.3.4. Políticas del Sector: La política de salud es un factor condicionante fundamental; no ha cumplido sus objetivos puesto que si ha hecho una identificación integral del diagnóstico a la situación de salud no ha podido contribuir fuertemente en el desarrollo de los niveles de prevención y aplicación encontrando un deficiente control estatal en el empleo de los recursos que la política de salud ha destinado para estos .

Política de Propósito; La única meta futura que posee el sector salud con un propósito final bastante realista, se podría resumir como la de dar todos aquellos servicios para cubrir las necesidades de que la comunidad exige con el presupuesto asignado, que es de paso el menor posible.

Política Operativa : La política de salud se define como medidas de control, organización y distribución de recursos que están dirigidos a solucionar el diagnóstico de la situación, encontrando luego el estudio de salud de la comunidad,

sin embargo debido a la intransigencia de los profesionales de la salud en cumplir sus funciones y la negligencia, de la comunidad hacen que programas y planes de tan gran magnitud y calidad se malogren.

4.9. OBJETIVOS

Proporcionar al niño condiciones óptimas garantizando su pleno desenvolvimiento físico, mental y social, impartir educación alimentaria y nutricional, promover, proteger y reparar la salud de la comunidad a la cual cobija.

Brindar los servicios solicitados por los usuarios prevenir las enfermedades diagnosticadas especialmente en las mujeres.

Ayudar a la planificación dando información sobre los nuevos métodos.

Destacar la importancia de los factores nutricionales sobre todo a los infantes.

Controlar todo tipo de enfermedades infectocontagiosas, suministrar la droga solicitada por la

comunidad.

Detectar las patologías generales orales y verificar su tratamiento para así detectar sus posibles resultantes.

CONCLUSIONES

1. Las expectativas que ofrece el Centro de Salud con respecto a sus servicios son menores que su capacidad.
2. Para atender la población total asignada se requiere mayor número de recurso físico, lo que conllevará a un aumento de los recursos financieros y humanos.
3. Siendo la prevención uno de los objetivos primordiales de el servicio de salud es imposible llevarla a cabo por falta de recursos.
4. Bajo nivel de cobertura de la población asignada, por baja disponibilidad de los recursos y mala distribución, la atención está dirigida mas que todo al grupo materno-infantil.
5. El tipo de construcción favorece humedad en las

casas; el nivel económico, favorece la presencia de hacinamiento y mala nutrición; coadyuvada por el bajo nivel cultural.

6. Ocupa una de las zonas menos favorecidas de Bogotá. La actividad industrial, básicamente aporta beneficios en cuanto a servicios, pero, a nivel ambiental, le reporta contaminación.
7. A pesar de la suficiencia de centros educativos, el nivel cultural es deficiente en todos los grupos de edad.

CAPITULO V

5. PRESENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL:

Introducción: El programa de salud oral del centro No. 63 alqueria la fragua es igual a los demás centros pertenecientes a esta regional, por consiguiente es de una importancia para los componentes del grupo el conocimiento propuesto de las problemáticas del S.N.S. como así también las necesidades de la comunidad a atender.

5.1 OBJETIVOS

Brindar el servicio de salud a quien lo solicite.

Disminuir la morbilidad oral de la comunidad por medio de prevención.

Llevar unas estadísticas sobre la atención oral para así en base a dichas cifras poder realizar menos programas de salud oral y mejores beneficios y analizar los errores cometidos anteriormente.

Realización de campañas con el ánimo de motivar a la comunidad para asistir al centro de salud.

Dirigir la atención a los grupos étnicos más necesitados.

5.2. DESCRIPCION:

El centro No. 63 presenta un programa de salud dirigido básicamente a la acción preventiva y curativa.

Dentro del área preventiva el programa está encaminado a la aplicación de fluor y sellantes de fisuras y fosetas y también a la educación de la población infantil.

En el área curativa se realiza atención dentro de las actividades de operatoria como son: amalgamas y resinas; en cirugía básicamente exodoncias simples y exodoncias en niños. (pulpotomias). Dentro de las actividades de periodoncia y prostodoncia , ortodoncia y cudodoncia en adultos no se realizan tratamientos.

Para la realización del programa descrito anteriormente se requiere de los siguientes recursos:

5.2.1. Humanos dos Odontólogos

un Auxiliar de consultorio

Uno de estadística

una secretaria

5.2.2 Fisicos: Un consultorio odontológico

Una área de esterilización

Un corredor de espera

un Baño

5.2.2.1 Locativo;

5.2.2.2 Equipos: Una Unidad odontológica

Un Amalgamador

Una hervidora

Un escritorio

Una silla

Una mesa auxiliar

5.2.2.3 Materiales y Elementos: De doluración

Medicamentos de primera necesidad

Los elementos con que cuenta el cen
tro se analizan posteriormente den-
tro de este mismo capítulo.

5.3 ANALISIS:

5.3.1 Análisis del Programa de Salud Oral: En el área preventiva no se

lleva a cabo la aplicación de fluor por mala distribución del tiempo y falta de recurso humano .

Dentro de los recursos materiales del consultorio se encuentran los sellantes de fosetas y fisuras los cuales No son utilizados por falta de tiempo ya que - siendo la parte curativa rprioritaria , esta actividad pasa a segundo plano. De lo anterior se puede deducir aunque la acción preventiva está encaminada a la población escolar no se lleva a cabo y solo en ocasión a voluntad del profesional se hace aplicación de sellantes de fosetas y fisuras, por lo tanto la atención preventiva se limita a la educación en salud oral y a la motivación de la comunidad.

En el área curativa se realizan los siguientes: tratamientos: operatoria dental, cirugías básicamente exodoncias, endodoncias en niños, (pulpotomias).

La atención en esta aérea es mediante la utilización de fichas que se reparten diariamente de 8 A.M. a 4 P.M. el paciente debe tener en cuenta los siguientes documentos: Registro Civil, Partida de Bautismo, Tarjeta de identidad cédula, las cuales se entregan en estadística para la elaboración y entrega de la ficha, de ahí pasa a al secretaría que es quien autoriza la cita, con carácter prioritario -

si se trata de una urgencia, o con posterioridad para consultas regulares. Listos estos requisitos el paciente acude a la consulta y en ella le son tomados datos de asistencia, de historia clinica y se realiza el tratamiento. En su primera cita cuando no se trata de una urgencia se lleva a cabo un control de placa visual dependiendo de este resultado, se procederá a una charla de higiene oral, bajo la advertencia de que si en la proxima consulta llega en las mismas condiciones de Higiéne perdera la cita.odontológica.

Diariamente son atendidos un promedio de 20 niños, a los cuales estan destinados 10 con cita previa y 10 a consulta de urgencias, de este paso en adelante el paciente se somete al tratamiento correspondiente.

Basicamente la atención está dirigida a los grupos de 5 a 14 años, seguida por el grupo de otros, ocupa el último lugar el grupo de las obstetricas debido a la poca demanda.

5.3.2. Análisis de los recursos:

5.3.2.1 Humanos: Se distribuyen de la siguiente forma: Las dos odontologas trabajan cada una medio tiempo de 8 a.m. a 12

m. y de 12 m a 4 p.m., El personal restante es de tiempo completo.

5.3.2.2 Físicos:

5.3.2.2.1 El área locativa corresponde a las exigencias de programas establecidos.

5.3.2.2.2 Equipo: Una Unidad Odontológica comprende de una silla uan escupidera, una lámpara, una bandeja para los instrumentos, una jeringa triple, una pieza de alta y baja velocidad, muebles para lo instrumental y material. El funcionamiento del equipo es bueno, en términos generales, el equipo de dotación del consultorio funciona adecuadamente, siendo de notar la ausencia del equipo de Ratos X.

5.3.2.2.3 Materiales: Consolidando elementos de consumo atención odontológica (tomando el resumen anual 1.981 al suministro Regional Santa Clara).

H ₂ O ₂ de Cm ³	4 frascos
Algodón rollo PDC X 1000 Uds.	11
Algodón 4 libras	
Limadura de plata SSW	18 frascos
Mercurio dental tridestilado	

X 100 Gramos.	18 frascos
OZn 1/2 libra	6 frascos.
Piedra Pomex X libra nacional	3 paquetes.
Sellantes de fisuras	4 estuches.
Tiras Celuloide	3 tubos
Xylocaina 2% carpula X 50 Uds.	30 cajas.
Xylocaina Spray	3 frascos.
Gasa Exodoncia	15 paquetes
Eugenol	9 frascos.
Formocresol Praxil	3 frascos.
Hidróxido de Calcio	5 cajas
Gasa Yodoformada por 5 yardas	7 frascos.
Aceite para airotor	2 frascos
Aceite Unidad	3 frascos
Cemento de Oxifosfato líquido y polvo.	4 frascos.
Copas de caucho para pieza de - mano, Shucks Plásticos.	4 Unidades
Pastillas reveladoras Praxil X 100	4 cajas
Suero Fisiológico X 500 ml	2 frascos.
Balineras airotor SANDRI	3 pares.

5.3.2.2.4 Medicamentos no Solicitados: Llegaron al centro sin ser solicitados.

1 Bruñidor extremo doble 21 B.

1 Dentiméetro metálico a cms

5.3.2.2.5 Elementos solicitados: Los elementos solicitados pero no recibidos fueron:

Tiras bandas metálicas	2 cajas.
Algodón en rama	8 cajas.
Vaselina	1 tubo
Tira papel lija	2 cajas.
Xylocaina dietil animo acetato	
Xiliacol Hidrato 2%	20 cáusulas
Hemostático	6 frascos
Seda para sutura	2 carretes
Acrilico autopolimerizante liquido	3 frascos
Cemento silicato polvo y liquido	4 frascos
Conos de gutapercha	3 cajas.
Resina compuesta	3 cajas
Cuchillas bisturí	1 caja.
Vasos plásticos medianos	40 unidades
Zonite	6 frascos.

Se presenta desajuste entre la producción cuali-cuan-
titativamente del personal de salud, y las exigencias
de la realidad comunitaria existiendo preferencia de

mecanismos de coordinación, entre los distintos sectores económicos y sociales, cuyas acciones son causa y consecuencia de los niveles de salud, existiendo además posibilidad comunitaria en la determinación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

La escasez de los recursos técnicos, frente a las necesidades y demandas crecientes de la comunidad es un punto crítico en el desarrollo del sector salud.

En el centro de salud encontramos que cantidad y calidad de los recursos existentes son suficientes, más su mala distribución los hacen deficientes, para esta comunidad llena de necesidades básicas ya que está no solo es de un nivel económico bajo sino que su ignorancia ha hecho de ella una población llena de conflictos a todo nivel.

Estos recursos, se organizan para producir diferentes actividades denominadas: generales, intermedias y finales, según el nivel al cual se aplequen: las aplicadas directamente a la comunidad, se llamarán finales y las otras tendrán como función vertirse en las finales. Es

tos recursos se organizarán por departamentos que de acuerdo a la actividad asignada se denominarán: generales, intermedios y finales para lograr una identificación del departamento, su denominación estará dada por las actividades que realice, la cual debe ser general, intermedia o final; un departamento puede a su vez, cobijar otros que se denominarán de la misma forma.

Cada actividad será realizada por un instrumento el cual obedece a un conjunto de recursos organizados cualitativo y cuantitativamente, según criterios de eficiencia, para producir una actividad -- específica de salud. Cada instrumento posee un recurso que le dará el nombre al instrumento.

La asignación dada a cada daño enseña la importancia dada al daño para controlarlo siendo la máxima prioridad, la letalidad, siguiendo la metodología utilitarista.

Dentro de las áreas que se deberían desarrollar veremos la pobreza de su situación.

El programa anteriormente descrito así como sus recursos están calculados para una población asignada de -

52.036 discriminados así:

10.074 de 5 a 14 años

1.680 de 15 a 44 años

40.332 otros.

De los cuales atienden estos:

5 a 14 años 956

14 a 44 años 75 obstetricas

otros 210

Para un total de 1.241.

CONCLUSIONES:

1. El centro de salud no cuenta con los recursos suficientes para la atención de la comunidad debido a una falta de intereses para abastecerlo de biomateriales y elementos, En especial el equipo de Rayos X que se ha pedido a la seccional en innumerables oportunidades.
2. En realidad el centro de salud cuenta con instrumentos especificos suficientes en algunos campos para prestar servicios, como el de curación.

3. De los datos analizados se concluye que deben ser susceptibles de reestructurar tanto el programa de salud como sus recursos para llevarlo a cabo.

4. El programa de salud oral exclusivamente está dirigido a técnicas curativas y no se cumple con las propuestas del sistema nacional de salud.

5. Faltan abundancia y puntualidad en los cuministros, lo que lleva a un cese de las pocas actividades realizadas.

CAPITULO VI

ANALISIS Y EVALUACION DEL PROGRAMA DEL CENTRO No.63

CAPITULO VI

6. ANALISIS Y EVALUACION DEL PROGRAMA DEL CENTRO

No. 63

INTRODUCCION

En el presente Capítulo nos dedicaremos a analizar los datos correspondientes a las labores realizadas en períodos anteriores, calculando nuevas actividades para así satisfacer la demanda, todo esto teniendo en cuenta los recursos existentes para lograr un programa de salud óptimo y corregir la prestación de los servicios.

6.1. OBJETIVOS

6.1.1. Generales :

1. Establecer mecanismos para el desarrollo del programa.
2. Desarrollar las actividades finales estableci-

das por dicho programa.

- 3' Servir de guía para futuros programas
4. Identificar y dar solución a las necesidades de la comunidad, teniendo en cuenta las normas de prioridad por grupos etarios.
5. Aumentar la cobertura.
6. Dar continuidad al programa de salud oral.
7. Identificar cualitativa y cuantitativamente los recursos.
8. Evolucionar en el desarrollo del programa de acuerdo al diagnóstico.
9. Incrementar las relaciones extra-sectoriales.
10. Buscar afinidad con los demás programas desarrollados a nivel local.

6.1.2. Específicos:

1. Disminuir la morbilidad oral, con prioridad en el grupo de 5-14 años (caries dental).

2. Motivar a la comunidad por medio de la educación.
3. Llevar a cabo campañas preventivas y curativas a nivel pre-escolar, escolar y obstétricas.
4. Acumular la información necesaria como base para la programación a nivel regional.
5. Dar mayor prioridad a la demanda de urgencias.
6. Tener en cuenta la programación general, para su cumplimiento.

6.2. PROPOSITO

1. Cumplir los tres puntos básicos del plan indicativo:
 - a) Salud para toda la población asignada
 - b) Implantación de los dos niveles de aplicación
Fomento a la salud ; y
Protección específica
 - c) Desarrollar la metodología de atención de prestación de servicios en todos los niveles.

6.3. NORMAS PARA EL PROGRAMA DE SALUD ORAL 1980

Cada Organismo de salud tendrá su propio programa de acuerdo con los recursos disponibles, el cual comprende los siguientes aspectos:

1. Fomento
2. Prevención
3. Curación
4. Rehabilitación

El tiempo contratado (horas odontológicas) se distribuirá según los siguientes porcentajes, en relación con la población expuesta a mayor riesgo;

70% escolares
20% maternas
10% otros

Cada odontólogo llevará registro diario de tratamientos odontológicos SIS 160 (R-78) independiente para escolares, maternas y otros.

El registro de consulta externa SIS 161 será también llevado independientemente por cada odontólogo.

Cuando el equipo esté fuera de funcionamiento, el odontólogo utilizará su tiempo en acción preventiva.

Las urgencias se limitarán a exodoncias, atención post-operatoria, etc. Estas se anotarán solamente en el grupo OTROS.

La historia clínica se debe abrir a todos aquellos pacientes a quienes se adelante un tratamiento de operatoria o cirugía.

Las exodoncias que resulten en el desarrollo del tratamiento adelantado a escolares y prenatales, deben registrarse dentro del mismo,

Todo paciente recibirá la atención odontológica en el menor número de citas posibles. Para lo cual se recomienda obturar las cavidades en la misma sesión en que se ha hecho su preparación.

En lo posible la anestesia oral debe aplicarse para conseguir mayor colaboración de los pacientes.

Todos los escolares en cada una de las escuelas participarán en el programa de prevención, tengan o no tratamiento curativo.

Los informes estadísticos deben presentarse en los tres primeros días del mes, a la Oficina de Estadística de cada organismo

Los elementos devolutivos, así como los de consumo, deben tramitarse por medio de la Sección Administrativa de la Unidad Regional.

Todo daño o avería del equipo se reportará de inmediato a la Sección de Salud Oral.

El odontólogo que esté presente en el momento de efectuarse la reparación del equipo, debe verificar el cambio de piezas dañadas y el uso de repuestos nuevos, dando visto bueno a la orden y control de reparación que presente el técnico de mantenimiento.

El paciente se registra y pasa a la consulta que solicita; aquí lo clasifican para tratamiento o para urgencia. Dentro de la consulta se analiza si el paciente se puede atender a este nivel o hay que remitirlo a nivel superior.

6.4. TECNICAS

Encontramos dos técnicas:

Técnica Preventiva

Técnica Curativa

Dentro de la Técnica Preventiva se realiza de cepillado autoaplicaciones de fluor enjuague, autoprofilaxis y charlas a nivel de grupo.

En cuanto a curativa, operatoria, endodoncia, cirugía, medicina oral.

6.5. SUB-DEPARTAMENTOS

Los Sub-Departamentos son:

- 1) Consulta Odontológica o diagnóstico
- 2) Operatoria
- 3) Endodoncia
- 4) Medicina oral
- 5) Cirugía (exodoncia)
- 6) Prevención

6.6. ANALISIS CRITICO

Para la elaboración de este análisis hemos tenido en cuenta la experiencia y los conocimientos obtenidos en las visitas hechas al Centro de Salud 63

Alquería La Fragua, los datos obtenidos acerca del programa de salud oral pre-establecido para este Centro, por el sistema Nacional de Salud en el año de 1981.

En cuanto a objetivos, si se prestaron servicios desde el punto de vista curativo, ya que esta actividad es ejecutada por los alumnos del Colegio Odontológico Colombiano.

Respecto a la racionalización de la demanda de servicio, éste se lleva en forma aceptable, ya que la atención a niños y obstétricas, es la que se realiza en mayor proporción y con mayor demanda.

La evaluación de servicios se realiza únicamente para la técnica curativa, por medio de los SIS 161.

Las políticas se llevan a cabo en su totalidad .

En cuanto a recursos, se puede decir, además de insuficiente, a éste se agrega la falta de motivación (sueldo), control y disciplina, hablando estrictamente de recursos humanos

El recurso financiero, físico y material, es in-

suficiente para adelantar la demanda de la población asignada.

De las cuatro normas dadas y orientadas para el programa de salud oral, sólo se cumple a cabalidad la tercera (curativa), ocasionado esto por la falta de recursos.

El tiempo contratado (horas odontológicas), se distribuye no exactamente en el porcentaje dado, pero sí se mantiene la relación con la población expuesta a mayor riesgo.

El riesgo de los SIS que se llevan a este Centro son llenados por la auxiliar de consultorio y esto conlleva a crear dificultades en cuanto a la manera de obtener la información.

El resto de las normas establecidas para el desarrollo de los programas de salud oral se han venido cumpliendo a cabalidad.

En cuanto a los departamentos en este Centro de Salud, existe el de consulta odontológica, operatoria y cirugía; no hay mas sub-departamentos establecidos, ya que no se cuenta con los recursos

necesarios.

6.7. ANALISIS DEL PAS 131

- 6.7.1. Sesiones de primera vez: De 5-14 años aumentó el número de sesiones realizadas con respecto a los programas ya que a este grupo se le ha dado mayor prioridad en cuanto a prevención y tratamiento odontológico. Otro factor es porque se ha creado una mayor conciencia en cuanto a la importancia de salud oral en los niños.

En obstétricas disminuyó debido al incremento de la planificación familiar en las clases bajas y a la ignorancia con respecto al tratamiento odontológico que creen es perjudicial para ellos.

En el grupo de otros se disminuyó debido a que se dá prioridad a los 2 grupos étareos anteriores. También por las limitaciones de atención que presenta el centro de salud en el área de prostodoncia.

- 6.7.2. Cobertura: En lo que respecta a la cobertura programada, se observa más alta que la observada; pero dicha apreciación implica que el porcentaje de se-

siones realizadas fué menor que la programada la limitante de la cobertura, vuelve a ser el recurso e instrumento disponible.

Concluyendo la ampliación de la cobertura, está relacionada con la del recurso y grado de uso del instrumento.

6.7.3. Tratamientos iniciados: La relación observada entre lo programado y lo realizado es menor para todos los grupos debido principalmente al incumplimiento de las citas.

6.7.4. Tratamientos terminados: En el grupo de 5-14 años la relación observada entre lo programado y lo realizado es menor para incumplimiento a las citas, por mala higiene, ya que se le advierte al paciente que si no llega con buena higiene en la 2a. cita, no se le atiende y debe nuevamente pedir cita, la cual será muy remota debido a la gran demanda para este servicio.

Otra causa es que en este grupo los niños comienzan a trabajar y por lo tanto sus labores le impide asistir al centro.

Otro factor que influye es el miedo al tratamiento

odontológico; también cuando son atendidos por urgencia se le quita el dolor y no regresan, estos pacientes quedan consignados en una historia clínica y el tratamiento programado no llega a su final.

En el grupo de 15-44 años la relación entre lo programado y lo realizado es menor, debido a que estos pacientes tienen prioridades mas importantes que la asistencia a un centro de salud para un tratamiento odontológico, acuden al servicio unicamente en casos de urgencia.

En el grupo de obstetricos se observa lo mismo, ya que en general este grupo es productivo y por pertenecer a un estrato socio-económico bajo, tienen prioridades mas importantes.

En el grupo de otros, la relación entre lo programado y lo realizado es menor debido a la limitante de atención para este grupo en el área de prostoncia.

6.8. CONCLUSIONES

1) Al ver los objetivos generales, se le da un ma-

yor énfasis a la parte curativa, siendo mas importante la preventiva, debido a la falta de recursos.

- 2) La motivación y educación de toda la comunidad de escolares, materna y otros, deberá ser mayor para poder prestarles un servicio más eficiente.
- 3) Sería muy importante el seguimiento del paciente para controlar su recuperación en los tratamientos, ya que los servicios no son remunerados (gratuitos).
- 4) Las limitaciones del servicio no ayudan a una mayor cobertura para su mejor prestación. Su nivel mínimo de atención deja que los tratamientos no sean integrales.

CAPITULO VII

PROPUESTAS PARA LA PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL
LOCAL DEL CENTRO

CAPITULO VII

PROPUESTAS PARA LA PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL
DEL CENTRO

7. A continuación se realizaron las propuestas teniendo en cuenta los grupos etareos así:

7.1. Grupo de 5-14 años.

Lo tomaremos individualmente debido a que sobre este hemos enfatizado en llevar a cabo las actividades finales en odontología, sin descuidar los grupos restantes; todo esto logrado por la observación y la tendencia de los pobladores y usuarios del Centro 63.

7.1.1. Distribución Porcentual del Instrumento: Se propuso una distribución porcentual del 86% contra una del 85.2% observado en el año anterior.

Nos basamos para lo anterior en la demanda existente en dicho grupo, para así buscar una mejor

calidad del servicio.

- 7.1.2. Concentración: La concentración observada fué de 1.12%, debido al aumento establecido en la distribución porcentual conllevando a un aumento del 0.8% es decir alcanzando el 1.20%.
- 7.1.3. Continuidad: Lo propuesto por el Ministerio de Salud es que se debe tener una continuidad del 60%, por lo tanto ésta ha sido la cifra propuesta, debido a que el año anterior no se llegó a un 55%.
- 7.1.4. Rendimiento: Es un dato general para todos los grupos etareos contra lo propuesto por el Ministerio de SALud de un rendimiento mínimo del 8. Se ha propuesto uno de 7 ya que los datos obtenidos son de un 6.7, dato que se aproxima al mismo propuesto por el Ministerio; teniendo en cuenta la evaluación de los datos anteriormente mencionados.
- 7.1.5. Cobertura: Debido a un aumento en la concentración y distribución porcentual del instrumento, es lógico pensar que la cobertura tiende a disminuir en lo propuesto contra los datos rea-

les del año anterior, es decir que de un 12.6% de lo observado se ha propuesto un 12.4%.

7.1.6. Personas Atendidas: Continuando la observación anterior se denota una disminución en la atención a las personas con el ánimo de prestar una mejor calidad del servicio junto con un mejor rendimiento y una mayor continuidad que a nuestro modo de ver es la parte más importante de este análisis, es así como ha disminuído de 1266 a 1254.

7.2. GRUPO DE 15-44 AÑOS Y OBSTETRICAS Y OTROS

7.2.1. Distribución porcentual del instrumento: En estos grupos de edad se observa una distribución menor que la del grupo de 5-14 años, entendible este dato por ser menor la población.

Hay una propuesta de un 3% en el grupo de 15-44 años y de 11.% en el grupo de otros contra uno observado de 2.4% en el grupo de 15-44 años y de 12.4% en el grupo de otros.

Hemos hecho énfasis en aumentar está distribución porcentual porque nos parece un factor ponderante el hecho de dar una mejor.

atención y no una mayor atención, explicado claro sin suponer que el Centro en cuestión financiera al 100% de eficiencia porque de ser así los datos propuestos serían en realidad los datos observados.

- 7.2.2. Concentración: No tendremos en cuenta las relaciones de propuestas contra los grupos de 5-14 años debido a que todas las cifras darían menores por ser esta población menor, solamente serán significativos en continuidad propuesta y rendimiento, columnas de las cuales hablaremos mas adelante.

Con relación a lo propuesto existe una disminución en ambos grupos sobre los observados de 1.30% en el grupo de 15 a 44, contra 1.29%, y de 1.25% a 1.20% en el grupo de otros. Esto es explicable lógicamente por el hecho de disminuir la distribución porcentual del instrumento.

- 7.2.3. Continuidad: Como lo expresamos en el punto anterior la continuidad propuesta es la misma estipulada por el Ministerio de Salud para todos los grupos de edad, y en ninguno de los 3 casos a llegado a ser la óptima, en el grupo de 15-44

años contra lo propuesto presenta un 40.9% y en el grupo de otros un 45.8%.

7.2.4. Rendimiento: Nuevamente enfatizamos que el rendimiento contra lo propuesto de 7 es de un 6.7. cifra que nos parece aceptable.

7.2.5. Cobertura: Para el grupo de 15 a 44 años es de 2.02% contra lo propuesto de 3.2%, este dato es lógico si se tienen en cuenta que se propone atender un mayor número de personas.

En el grupo de otros hay una cobertura observada del 0.43% contra un 0.20% propuesto debido también a que hay una disminución en la atención de las personas a nivel de este grupo, no así a nivel general debido a que la cantidad de personas no atendidas en estos grupos con relación a la disminución. Porcentual del instrumento es atendida de 5 a 14 años que es el que mas nos interesa por lo expresado en las parte anteriores, haciendo así utilización del instrumento en el 100%, dicho en otras palabras es la mayor cantidad de cobertura que podemos ofrecer.

7.2.6. Personas atendidas: En el grupo de 15-44 años hay un aumento en el número de personas atendi-

das de 34 personas observadas contra 38.

Propuestas: Lo anterior es una cifra resultante de una necesidad en la continuidad del tratamiento, ya que es este grupo etareo el que menos continuidad tiene.

En el grupo de otros hay una disminución en lo propuesto de 98 contra 174 en lo observado, también proporcional a la distribución porcentual del instrumento para lograr así, presentar así en condiciones óptimas un servicio eficiente con una utilización del 100% del instrumento.

CAPITULO VIII

PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL DEL CENTRO

CAPITULO VIII

8. PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL DEL CENTRO

INTRODUCCION

Para hacer el análisis del programa de Salud Oral debemos tener en cuenta los objetivos del programa del Centro de Salud Oral No. 63 Alquería La Fragua.

8.1. OBJETIVOS

- 8.1.1. Generales: a) Prestar servicios de atención a la comunidad desde el punto de vista curativo y preventivo, haciendo énfasis en la técnica curativa. b) Racionalizar la demanda del servicio c) Fomentar programas de escolares y materno infantil con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad oral de esta población vulnerable, a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.

- 8.1.2. Específicos: a) Diseñar un sistema de prestación de servicios de escolares y obstétricas en el área de salud oral. b) Preparación del personal (promotoras). c) Evaluación y supervisión de la prestación de servicios en salud oral. d) Informar y educar a la comunidad con respecto al desarrollo de programas de salud oral. e) Motivar a la comunidad para que participe activamente en los programas de salud oral.

8.2. POLITICAS

1. Puertas abiertas para toda la comunidad
2. El servicio no es remunerado (gratis)
3. No hay cuotas de recuperación
4. Nivel mínimo de atención

8.3. RECURSOS

1. Humanos
2. Financieros, físicos y materiales

Para programar el plan de Salud Oral para 1983 es bien sabido que sería necesario aumentar notablemente la capacidad de los recursos humanos, físicos y financieros, pero es

to no es posible, debemos contar para utilizar los recursos con que contamos.

Para tal fin analizaremos la programación de tratamientos odontológicos para 1983 (PAS 1.3) de 1983, los grupos etareos seguiran siendo los mismos, pero la población total para el próximo año habrá aumentado en un 25 por mil, constante tomada de los mismos y estudios del DANE en el último censo nacional a nivel urbano. Por lo tanto la población total quedará 73.876 habitantes para la comunidad del barrio Alquería La Fragua.

En la columna de responsabilidad asignada, en cuanto a la población asignado hemos tomado una constante del 76% que correspondería a 51.712 habitantes; en vista de que la restante población (30%) es comunidad que tiene la atención privada, ICSS, Caja de Previsión, Hospitales Universitarios, empíricos, etc.

Los instrumentos necesarios (número de horas con el horario que se requiere para atender, la población asignada) para esto se toma una constante de 20 pacientes-día, por lo tanto dividimos la población asignada de cada grupo ente, lo que nos da como resultado 2.585 horas

consultorio para la población asignada teniendo un déficit de 585 horas consultorio que se traducirán en falta de atención a pacientes que demandan los servicios del centro y no se les puede brindar el tratamiento por mala planeación y programación tanto de cursos como de tiempo por parte del material humano del centro de salud.

Pero como este análisis de la programación es para el año próximo, sabemos que se tendrá el mismo problema que se tiene actualmente de déficit de horas consultorio.

En cuanto a factibilidad técnico financiero en la columna de cuantificación de instrumentos en el grupo de 5-14 años hemos aumentado los días-consultorio con respecto al año actual, porque es el grupo prioritario y se han disminuído las obstétricas ya que este último grupo es el que menos demanda los servicios del centro de salud por motivos descritos en los Capítulos anteriores, otros permanecen casi constante.

En lo relacionado a los tratamientos iniciados continuaremos en la misma tónica de darle prioridad al grupo de 5-14 años, en vista de que las obstétricas disminuye a la mitad permaneciendo ca-

si uniforme en grupo de otros, que da como gran total 1.750 tratamientos iniciados . Lo relacionado con los tratamientos terminados, hemos sacado el 60% que es la constante, dando como resultado 1.050 tratamientos , es menor que los tratamientos iniciados esto es debido a la falta de recursos y planeación de actividades, limitante enunciada anteriormente, haciendo énfasis en que el rendimiento propuesto ha sido ligeramente aumentado, pero la cobertura propuesta ha disminuido.

En la población a atender la aumentaremos debido a que la población total y la asignada aumentaron.

La cobertura la aumentaremos ligeramente debido a que la población asignada y total también se amplía. En el total de la población vemos que unicamente el 2.6% de la cobertura, cobra un 2.4% del año pasado.

CAPITULO IX

IMPLANTACION DE LA PROGRAMACION

CAPITULO IX

9. IMPLANTACION DE LA PROGRAMACION

9.1. Para tratar de implantar este programa establecemos los siguientes mecanismos y procedimientos:

9.1.1. Se debe llegar a la comunidad de una forma mas objetiva, y para esto creemos que se debe incrementar el Recurso Humano, tanto a nivel profesional como a nivel auxiliar, esto sería: contratar una auxiliar de Higiene Oral y una auxiliar de Odontología Social, las cuales desarrollarían un programa de integración odontológica, creándose una necesidad de la comunidad por adquirir salud oral.

Los recursos necesarios para esta propuesta serían:

Recursos de tipo Financiero ya que constituiría un gasto adicional contratar personal especializado. Como sugerencia podrían reducirse las auxiliares de odontología comunes y cambiar por personal mencio-

nado anteriormente, lo anterior es una propuesta positiva a mediano plazo.

- 9.1.2. Otra limitante encontrada, que debemos solucionar, es el incumplimiento del profesional en cuanto al horario y al rendimiento. Nuestra solución es implantar un sistema de control mas estricto, el cual incluya sanción al odontólogo por su irresponsabilidad.

Es importante llevar a cabo esta medida a corto plazo ya que se llevaría a mejorar la calidad y la cantidad del servicio prestado. Para llevar el control se necesitaría de la competencia de un reloj que marque la entrada y salida del personal del Centro.

- 9.1.3. En este Centro de Salud los pacientes no pagan por tratamiento recibido, lo cual conlleva a una falta de valoración y aprecio a este servicio. Por lo tanto, nosotros proponemos que se debe establecer una tarifa mínima general por tratamiento recibido.

Podría ser un plan ejecutado a corto plazo e iría desde tarifa gratuita hasta una módica cantidad de dinero dependiendo del estado económico de la per-

sona.

Creemos así, que la persona que paga por el servicio tiene derecho de exigir por la calidad del mismo.

- 9.1.4. Teniendo en cuenta que la técnica preventiva no se realiza en este Centro de Salud, sería bueno que a nivel consultorio se hiciera esta actividad final por parte de personal dedicado exclusivamente a esta labor.

Esta podría ser una actividad a mediano plazo y estamos seguros de que sería el pilar básico para elevar el nivel de salud oral de la comunidad.

También estamos concientes de que requeriría aumentar el aporte financiero para esta actividad, pero así mismo conllevaría a un mediano plazo para disminuir los dineros que se van a utilizar en las actividades curativas.

- 9.1.5. Como no se lleva registro de control de materiales, se propone que se exija llenar este requisito en este Centro.

Lo anterior sería una actividad a corto plazo.

Este control depende directamente de la organización interna.

- 9.1.6. En lo referente a la dotación del equipo odontológico, lo consideramos aceptable, pero sin llegar a una dotación óptima. Este centro de Salud necesita un equipo de rayos X para prestar un mejor servicio.

A mediano plazo se debe ir incrementando los equipos hasta llegar a una dotación óptima para así minimizar el tiempo de atención y maximizar la cantidad de pacientes atendidos. Para esto se va a requerir de un aporte financiero.

Debido a que el principal problema que ofrece llevar a cabo las propuestas anteriormente mencionadas es el financiero sugerimos que se reúna al aporte extrasectorial que sería la forma más viable para que a corto plazo se pudieran llevar a cabo las propuestas planteadas y así poder prestar un servicio óptimo a las comunidades que lo soliciten.

El Plan Reestructuración del Centro de Salud es positivo y a corto plazo, puesto que existen los recursos necesarios y por esta razón, estará -

orientado hacia el sector administrativo; así se aumentará la cobertura y eficiencia de su servicio.

9.1.7. La capacitación de personal se realiza mediante las normas impuestas por el sub-sistema de personal, siguiendo el conducto regular.

9.1.8. Se mejoraría la atención mediante el adiestramiento en servicio al personal profesional y auxiliar, sobre los nuevos conceptos de atención odontológica y así lograr una mayor coordinación.

9.1.9. El odontólogo debería lograr una mayor integración extrasectorial para conseguir colaboración de los líderes de la comunidad, a fin de que éstos difundan la motivación hacia la solicitud del servicio.

Proponemos una reunión periódica de profesional con los dirigentes para resolver inquietudes y problemas que existan.

9.1.10. Se debería hacer una programación de actividades para lograr una integración de las diferentes entidades y lograr un aporte financiero extrasectorial, con el fin de darle un impulso al me-

joramiento del servicio.

9.1.11

El Plan de reestructura del Centro de Salud No. 63, lo hacemos porque vemos la necesidad primordial de sentar un precedente y formular una nueva organización para el Centro de Salud buscando como fin inmediato; garantizar la prestación de un servicio integrado de salud, en el nivel secundario, atención a las personas afectadas por morbilidad de mediano y bajo riesgo, participando, en la programación, coordinación, supervisión y evaluación del desarrollo de los programas, mediante el racional uso de los recursos, mejorando servicios de la comunidad, del área de influencia definida.

Otro punto que debemos tener en cuenta, es la definición de actividades, para evitar intromisiones en cada una de las áreas.

Los recursos materiales existentes, podrían ser suficientes, la anomalía se presenta por la falta de control y ejecución de un inventario, el cual nos permita analizar, los recursos disponibles y los de reserva, con el fin de mantener un stock adecuado a las necesidades de tratamiento.

Se efectuarán los pedidos oportunamente por medio de memorando enviando al Doctor Lagos a la seccional, para mantener un nivel constante de atención en beneficio de la comunidad.

Uno de los recursos no renovables, el tiempo, que es utilizado deficientemente, con la excusa de la falta de materiales; si el plan a ejecutar es cumplido, se evitará la excusa y pensamos que con ese inventario se notará una organización adecuada, la cual influye directamente con la motivación del personal, permitiendo desarrollar al máximo las actividades logrando una eficiencia del 100% que se acerca al ideal.

CAPITULO X

EVALUACION DE LA EJECUCION DE LA PROGRAMACION

CAPITULO X

EVALUACION DE LA EJECUCION DE LA PROGRAMACION

Debemos analizar cada uno de los puntos dados en el Capítulo anterior para una mejor ejecución de la programación.

En lo que al recurso humano se refiere el contratar un auxiliar de higiene oral es muy importante ya que se delegan funciones y así el odontólogo podrá ejecutar mejor el programa de Salud Oral específico.

Otro punto importante es el aspecto financiero ya que al cobrar la consulta a los pacientes se puede tratar de subsanar el pago a los nuevos profesionales que se contratarían, ya que el Estado tiene un presupuesto específico para el Centro de Salud y éste no lo aumentaría.

Al colocar en el Centro un sistema de control de asistencia como es un reloj marcador de tarjetas, éste obliga a que haya un mejor cumplimiento por parte de profesionales y auxiliares para así dar una mejor atención a la comunidad.

Al cobrar el servicio de salud oral la gente valorará más el servicio y con ayuda de los auxiliares le logrará una mejor educación y un mayor interés en lo que a higiene se refiere.

Al llevar un registro de control de materiales se evitaría el despilfarro y se hará mejor economía de estos.

Al incrementar y renovar equipos nos damos cuenta que la atención mejoró en cuanto a calidad y rendimiento debido a que los equipos anteriores eran obsoletos y algunos fuera de uso.

El plan de estructuración del Centro de Salud es muy importante, ya que la capacitación de personal, la mejoría de atención y la reunion periodica del personal con los dirigentes para resolver inquietudes, nos ha llevado a que haya una mejor preocupación por parte del Centro de la Comunidad.

CAPITULO XI

CONCLUSIONES

CAPITULO XI

CONCLUSIONES

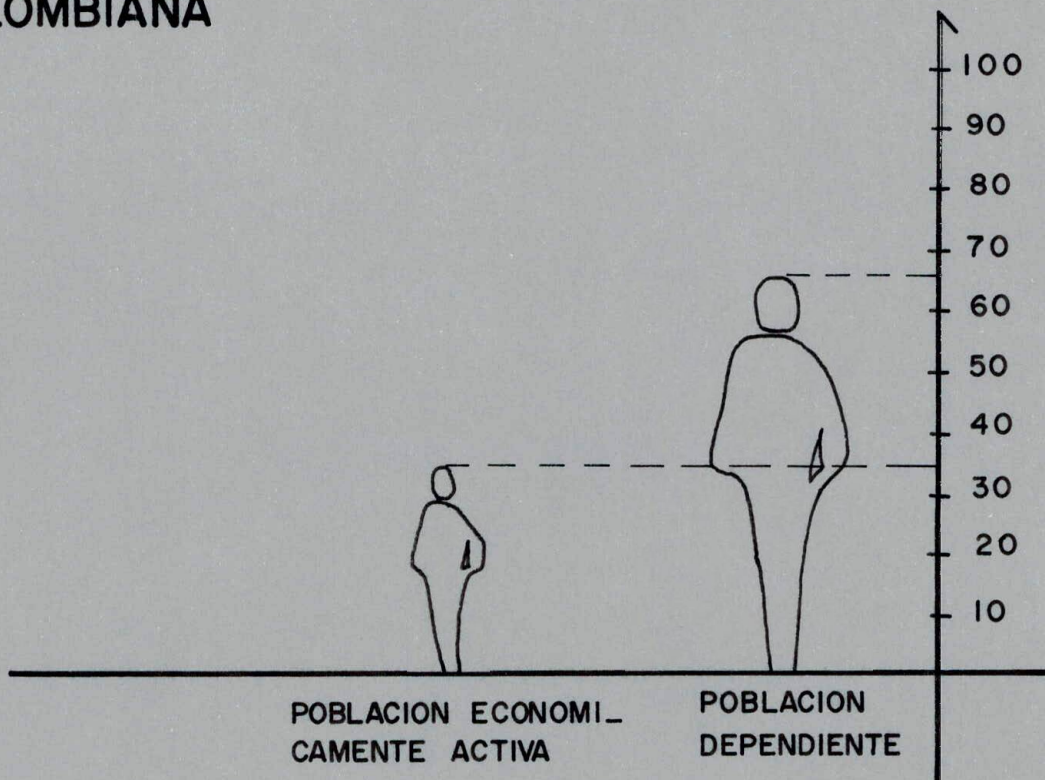
A través de todo el trabajo y los diferentes estudios que el grupo ha efectuado del Centro de Salud hemos llegado a las siguientes conclusiones.

1. El Centro de Salud no está cumpliendo con la programación y está atendiendo un porcentaje muy bajo de la comunidad.
2. Los datos suministrados a nosotros por el Centro de Salud en muchos de los casos no han sido los reales porque creemos que algunos formularios han sido mal diligenciados.
3. Creemos que con una mejor motivación en el personal profesional y auxiliar la atención mejoraría.
4. Se debe dar a la comunidad mejor educación oral y general para que haya mas prevención y mejor control de las patologías orales.

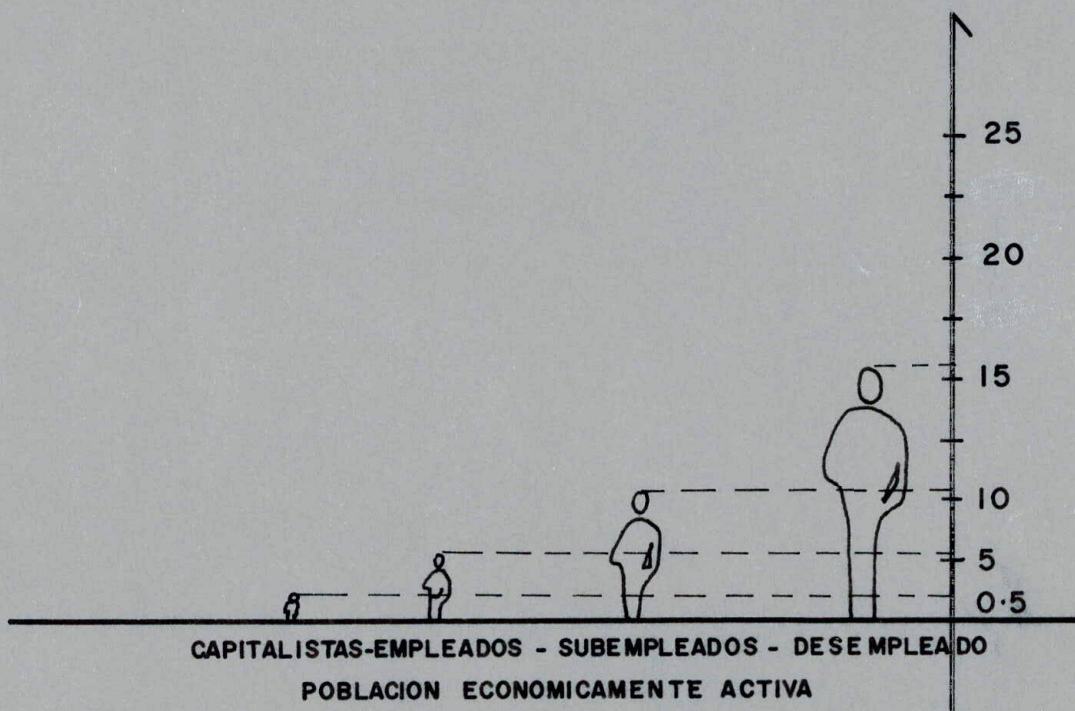
5. Se debe mejorar la dotación de equipos para un mejor servicio.
6. Debe haber un mejor incremento en charlas preventivas para motivar a la comunidad.
7. Creemos que debe haber una estrecha relación entre actividades clínicas y paraclínicas, que el Centro de Salud realiza y otro tipo de entidades como el Colegio Odontológico Colombiano viene ejecutando en sus programas extramurales.
8. En todo programa de salud debe predominar la técnica preventiva sobre la curativa.
9. Es necesario organizar el sistema de información con personal idóneo para llevar los registros del programa en forma eficiente y satisfactorio.
10. El Centro de SALud no da un tratamiento integrado de odontología ya que no cuenta con los recursos suficientes.
11. El diagnóstico debe hacerse mas minucioso por parte del profesional para hacer remisión de pacientes cuyas patologías no correspondan al nivel local.

12. La falta de recursos humanos es una de las principales causas de fallas para el cumplimiento del programa.
13. La ignorancia y la falta de interés de la comunidad es un factor importante para la proliferación de enfermedades orales.
14. El número de consultas iniciadas es mayor que el número de consultas terminadas por incumplimiento, ignorancia y falta de recursos.
15. El grupo de obstétricas comienzan un tratamiento y por miedo no lo terminan.
16. Para nosotros ha sido de mucho interés haber realizado este trabajo ya que así hemos logrado conocer una parte del sistema nacional de salud, de nuestra comunidad, del modo como se atiende, como funciona, y a logrado despertar en cada uno de nosotros inquietudes problemáticas que ^{no} conocíamos y que trataremos en nuestra vida profesional de colaborar con él o ellos en alguna forma.

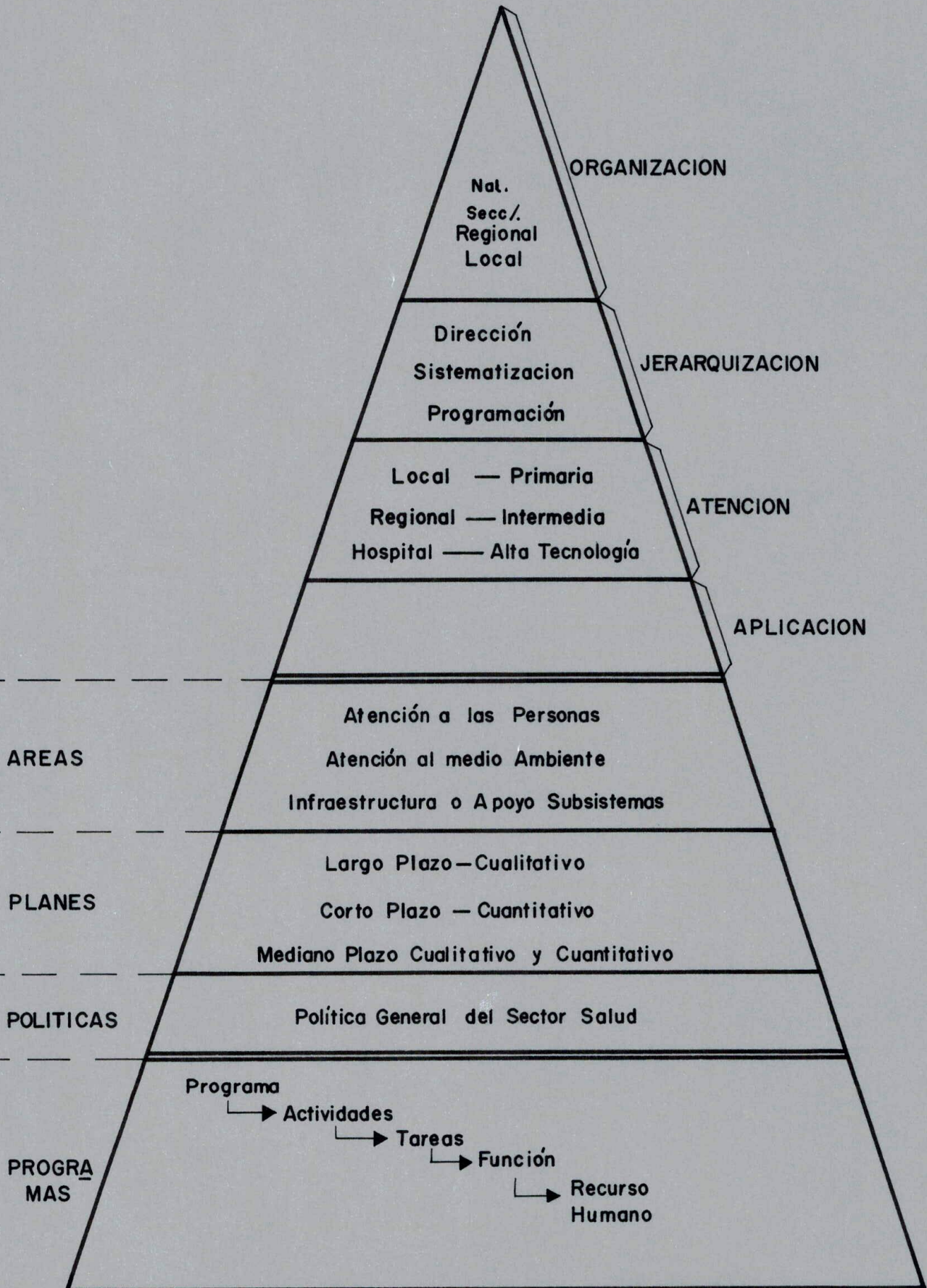
ANALISIS GRAFICO DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONOMICO DE LA POBLACION COLOMBIANA



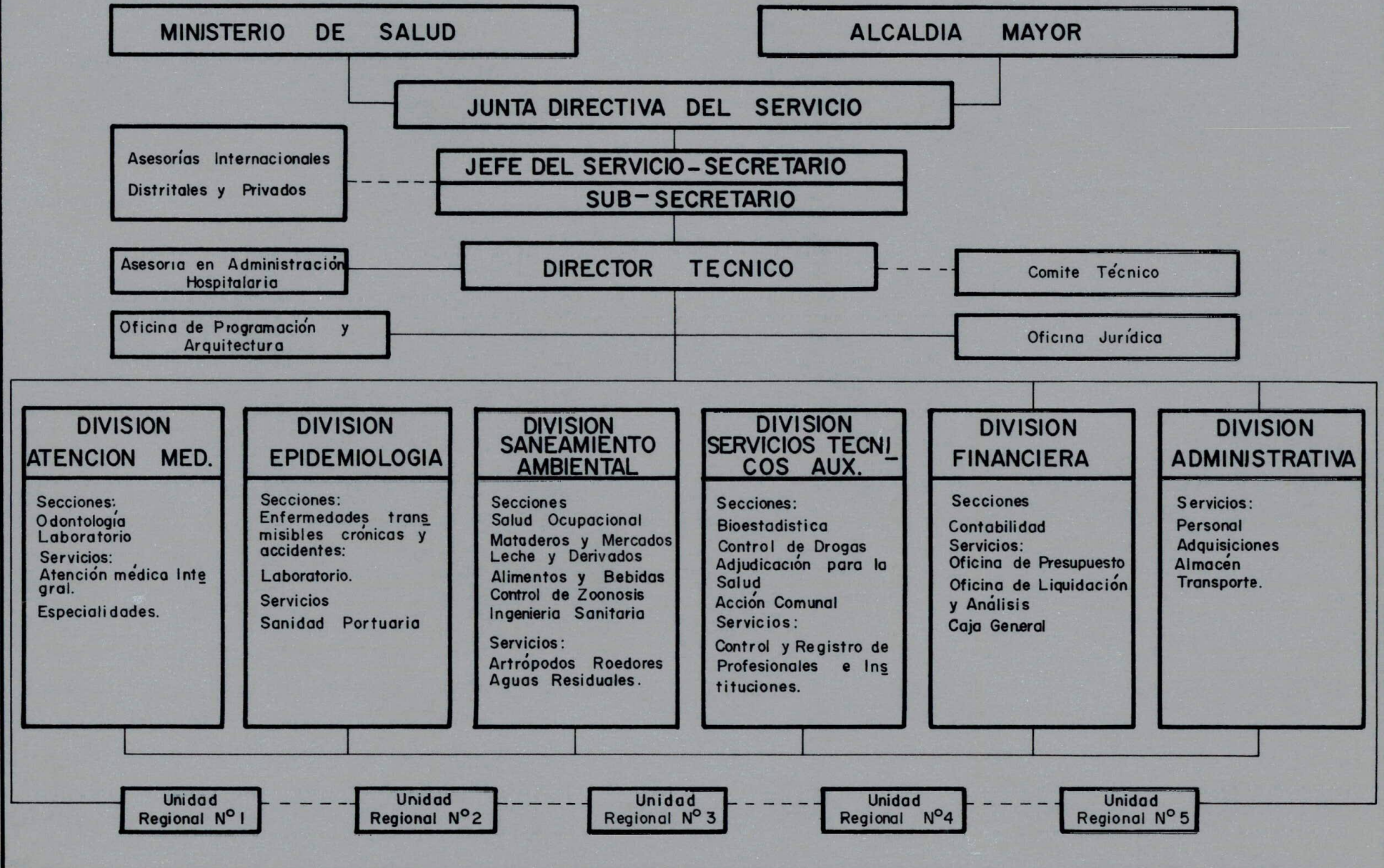
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE COLOMBIA DESDE EL PUNTO DE VISTA PORCENTUAL



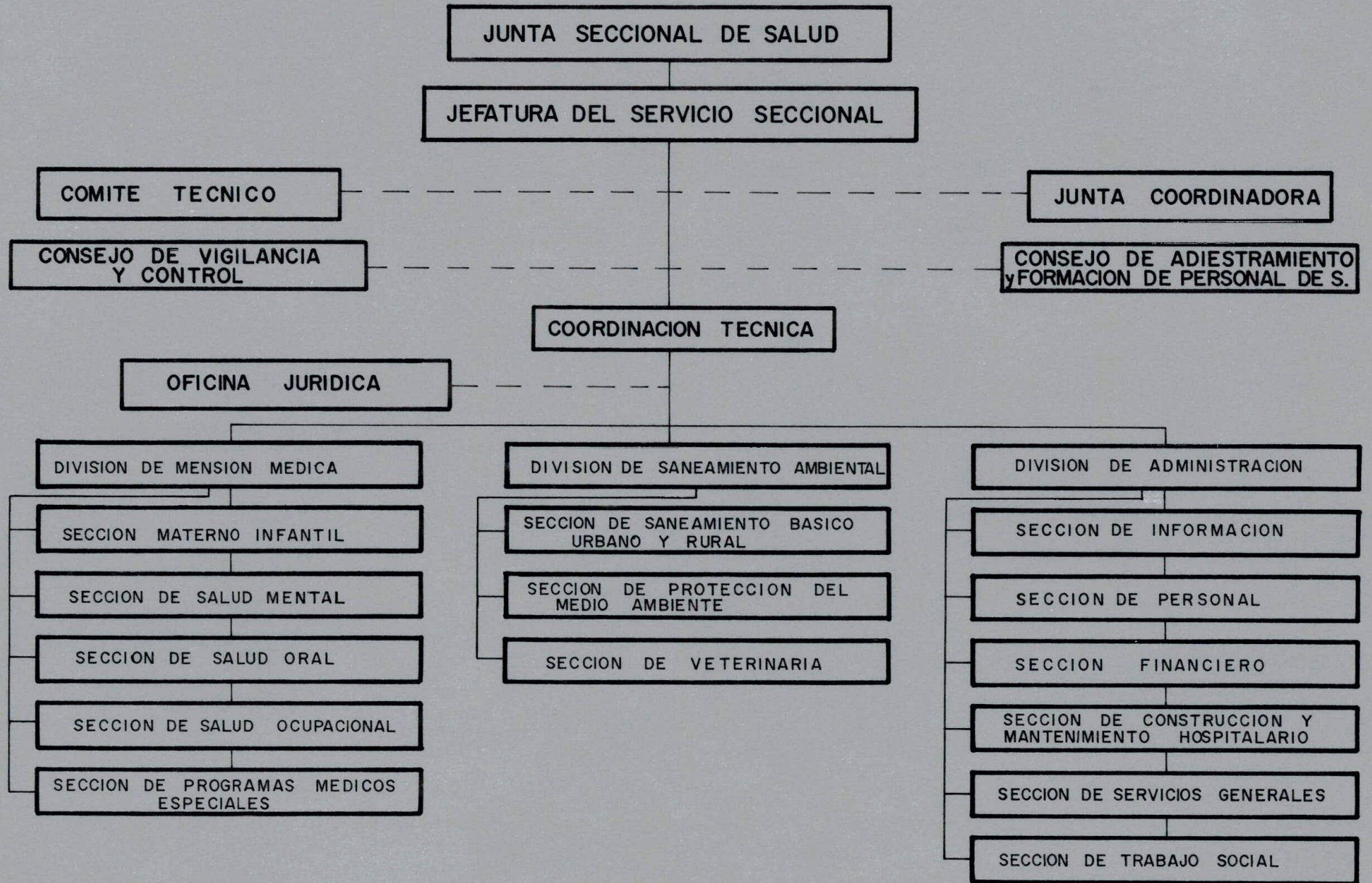
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



CARTA DE ORGANIZACION DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA



SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
DECRETO 056 Y 350 de 1975



ORGANIGRAMA UNIDAD REGIONAL

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA

DIRECCION DEL HOSPITAL

COORDINACION
UNIDAD REGIONAL

SECCION D
ATENCION MEDICA

SECCION
SANEAMIENTO AMB.

SECCION
ADMINISTRATIVA

ODONTOLOGIA

SERV. ING. SANITARIA

ESTADISTICA

ENFERMERIA

SERV. VETERINARIA.S.P.

CAJA

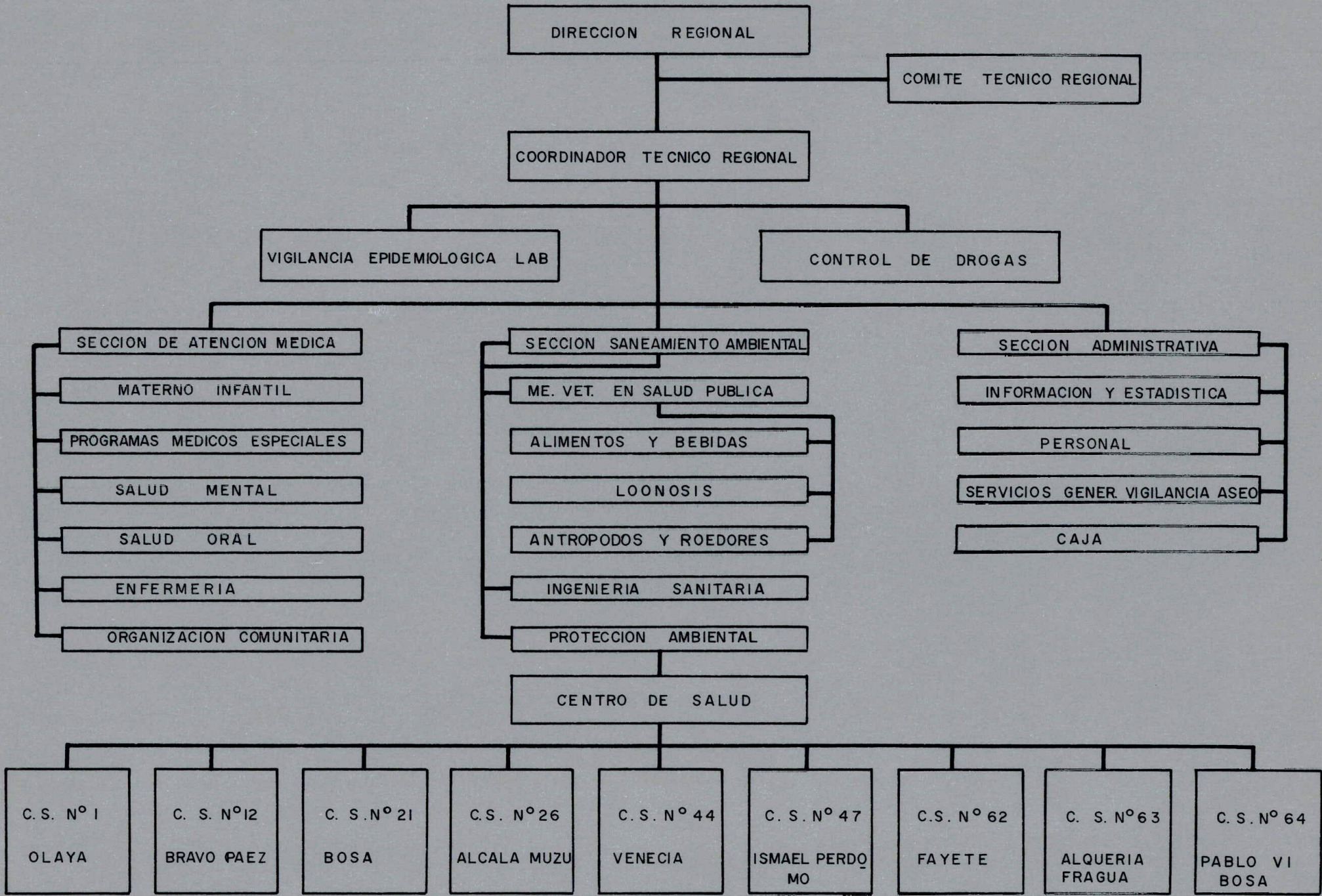
CONTROL DE DROGAS

SUPERVISION

SERVICIOS GRALS.

EPIDEMIOLOGIA

EDUCACION PARA
LA SALUD



DIRECCION REGIONAL

COMITE TECNICO REGIONAL

COORDINADOR TECNICO REGIONAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA LAB

CONTROL DE DROGAS

SECCION DE ATENCION MEDICA

MATERNO INFANTIL

PROGRAMAS MEDICOS ESPECIALES

SALUD MENTAL

SALUD ORAL

ENFERMERIA

ORGANIZACION COMUNITARIA

SECCION SANEAMIENTO AMBIENTAL

ME. VET. EN SALUD PUBLICA

ALIMENTOS Y BEBIDAS

LOONOSIS

ANTROPODOS Y ROEDORES

INGENIERIA SANITARIA

PROTECCION AMBIENTAL

CENTRO DE SALUD

SECCION ADMINISTRATIVA

INFORMACION Y ESTADISTICA

PERSONAL

SERVICIOS GENER. VIGILANCIA ASEO

CAJA

C.S. N° 1
OLAYA

C.S. N° 12
BRAVO PAEZ

C.S. N° 21
BOSA

C.S. N° 26
ALCALA MUZU

C.S. N° 44
VENECIA

C.S. N° 47
ISMAEL PERDOMO

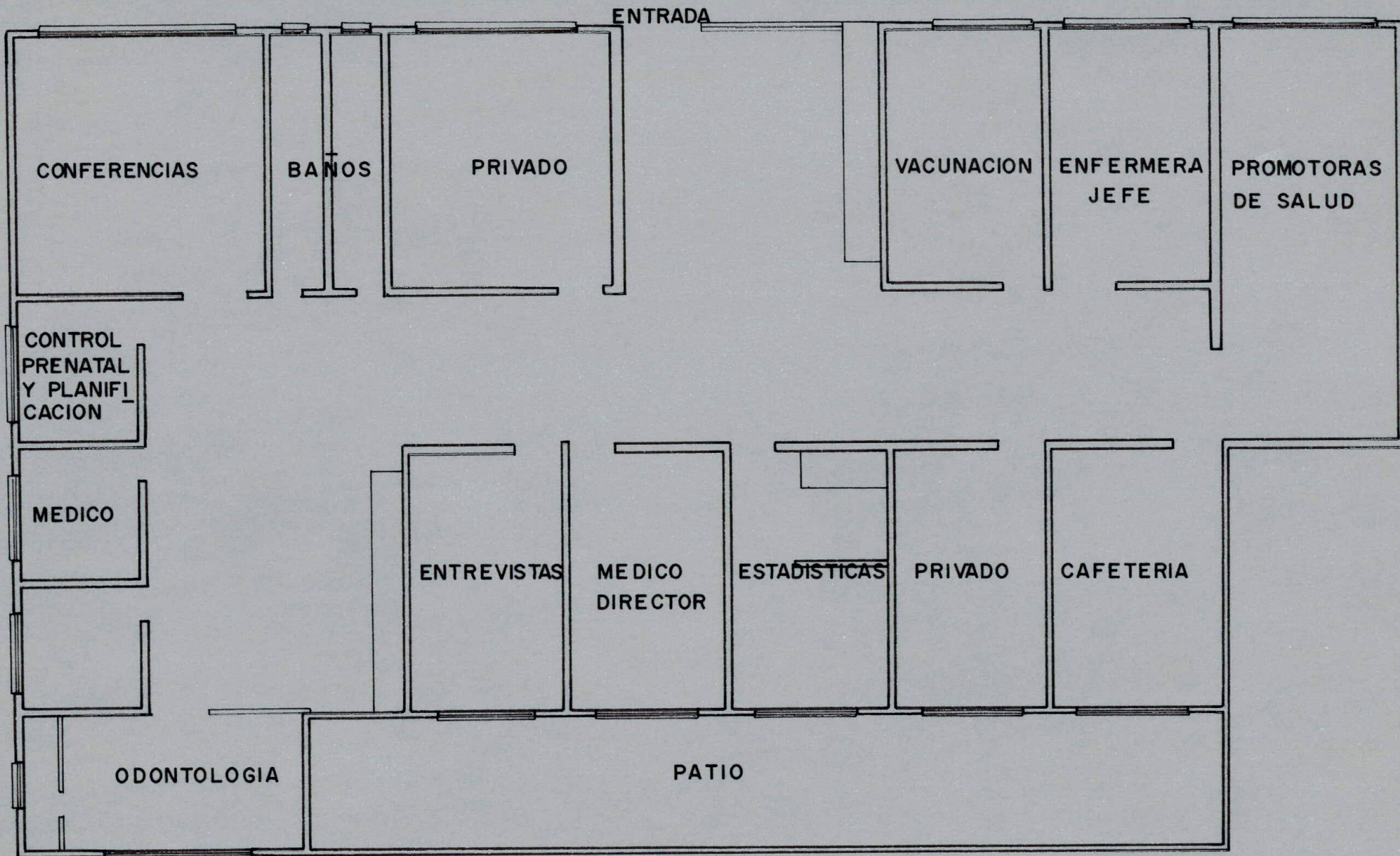
C.S. N° 62
FAYETE

C.S. N° 63
ALQUERIA FRAGUA

C.S. N° 64
PABLO VI BOSA

CENTRO DE SALUD N° 63 ALQUERIA-LA FRAGUA





CENTRO DE SALUD N° 4 ALQUERIA - LA FRAGUA

RESUMEN MENSUAL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

INSTITUCION: CENTRO N° 63
SECCION: CUNDINAMARCA
MUNICIPIO: BOGOTÁ

I. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

FILA	ACTIVIDADES		TOMAR DE SIS160 Col.	5-14	15-44 OBSTETICAS	OTROS	TOTAL	
1	SESIONES DE 1ª VEZ		(Col. 3)	1 2 6 6	3 4	1 7 4	1 4 7 4	
2	SESION REPETIDA		(Col. 4)	1 0 1 0	5 0	1 0 6	1 1 7 6	
3	ATENCIONES DE 1ª VEZ		(Col. 5)	1 4 2 0	4 4	2 1 8	1 6 8 2	
4	PACIENTES CONTROLADOS		(Col. 34)	3 9 2	1 6	6 0	4 6 8	
5	TOTAL DE ATENCIONES EN LAS SESIONES		(Col. 5)	—	—	—	—	
6	OPERATORIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(Col. 6)	3 9 0	3 4	8 2	5 0 6	
7		ATENCION REPETIDA	(Col. 7)	4 3 2	3 8	5 4	5 2 4	
8		DIENTE OBTURADO MATERIAL INTERMEDIO (Col. 11)			—	—	—	
9		DIENTE OBTURADO MATERIAL DEFINITIVO (Col. 8)			1 2 8 6	8 6	1 9 2	1 5 6 4
10		TRATAMIENTOS TERMINADOS (Col. 9)			2 2 0	1 0	3 0	2 6 0
11	ENDODONCIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(Col. 10)	1 0 6	—	4 2	1 4 8	
12		ATENCION REPETIDA	(Col. 11)	4 2	—	2 2	6 4	
13		DIENTES TERMINADOS (Col. 12)			1 0 2	—	2 4	1 2 6
14		TRATAMIENTOS TERMINADOS (Col. 13)			5 4	—	1 8	7 2
15	PERIODON- CIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(Col. 14)	6 2	—	2	6 4	
16		ATENCION REPETIDA	(Col. 15)	—	—	—	—	
17		TRATAMIENTOS TERMINADOS (Col. 16)			6 2	—	2	6 4
18	CIRUGIA ORAL	ATENCION DE 1ª VEZ	(Col. 17)	8 4 8	6	7 0	9 2 4	
19		ATENCION REPETIDA	(Col. 18)	5 2 4	4	3 8	5 6 6	
20		TRATAMIENTOS TERMINADOS (Col. 21)			4 0 0	4	3 2	4 3 6
21		Exodoncia	EN TEMPORALES	(Col. 19)	1 3 1 2	—	5 6	1 3 6 8
22			EN PERMANENTES	(Col. 20)	3 5 2	1 6	5 8	4 2 6
23	MEDICINA ORAL	ATENCION DE 1ª VEZ	(Col. 22)	6 8	4	2	7 4	
24		ATENCION REPETIDA	(Col. 23)	4	—	—	4	
25		TRATAMIENTOS TERMINADOS (Col. 24)			4 6	4	1 8	6 8
26	PROTESIS	ATENCION DE 1ª VEZ	(Col. 25)	—	—	—	—	
27		ATENCION REPETIDA	(Col. 26)	—	—	—	—	
28		APARATOS PARCIALES REMOVIBLES (Col. 27)			—	—	—	
29		APARATOS PARCIALES FIJOS (Col. 28)			—	—	—	
30		APARATOS TOTALES (Col. 29)			—	—	—	
31		TRATAMIENTOS TERMINADOS (Col. 30)			—	—	—	
32	ORTODON- CIA	ATENCION DE 1ª VEZ	(Col. 31)	—	—	—	—	
33		ATENCION REPETIDA	(Col. 32)	—	—	—	—	
34		TRATAMIENTOS TERMINADOS (Col. 33)			—	—	—	

II-SESIONES DE PRIMERA VEZ (Col. 3)

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	
35	5 - 14 AÑOS	1.420			1.420
36	15 - 44 AÑOS OBSTETRICAS	44			44
37	OTROS	218			218
38	TOTAL	1.682			1.682

III CUANTIFICACION DE SESIONES (Col)

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
39	5 - 14 AÑOS	782			782
40	15 - 44 AÑOS OBSTETRICAS	18			18
41	OTROS	100			100
42	TOTAL	900			900

V HORAS CONTRATADAS

FILA	GRUPO DE POBLACION	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	
43	5 - 14 AÑOS				
44	15 - 44 AÑOS OBSTETRICAS				
45	OTROS				
46	TOTAL	2.064			2.064

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

FILA	Nº DE INSTITUCIONES U ORGANISMOS	NIVEL			TOTAL
		LOCAL	REGIONAL	MAXIMA TECNOLOGIA	
47	DEBEN INFORMAR	2			2
48	INFORMAN	2			2
49	PESO PORCENTUAL TOTAL SESIONES %				

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

SECCIONAL BOGOTÁ
 REGIONAL N°4 SANTA CLARA
 LOCAL CENTRO N°63 ALQUERÍA LA FRAGUA

EIDADES	DISTRIBUCION % DEL INSTRUMENT.	POBLACION ASIGNADA	SESIONES DE 1° VEZ			COBERTURA		TRATAMIENTOS							CONCENTRACION	
			PROGRA- MADAS	REALI- ZADAS	% CUMPLI- MIENTO	PROGRA- MADA	OBSER- VADA	INICIADOS			TERMINADOS			CONTI- NUIDAD	PROGRAMAD.	OBSERVADA
								PROGRA- MADOS	REALI- ZADOS	% CUMPLI- MIENTO	PROGRA- MADOS	REALI- ZADOS	% CUMPLI- MIENTO			
5-14 AÑOS	85.2	10.074	956	1.266	132.4%	9.5%	12.56%	1.935	1.420	98.9%	1.176	782	66.49%	55.0%	1.50	1.12
15-44 AÑOS OBSTETRICAS	2.4	1.680	75	34	45.3	4.5	2.02	105	44	41.9	58	18	31.0	40.9	1.4	1.29
OTROS (VER INSTRUCTIVOS)	12.4	40.332	210	174	82.8	0.5	0.43	210	218	103.8	105	100	95.2	45.8	1.0	1.25
TOTAL	100	52.086	1.241	1.474	118.7	2.4	2.82	1.750	1.682	96.1	1.339	898	67.0	53.3	1.4	1.14

INFORMACION GENERAL

O	N° AUXILIARES DE ODONTOLOGIA SOCIAL EN SERVICIO		
R	N° DE ODONTÓLOGOS EN SERVICIO		2
S	DIAS	NECESARIOS	2.604
		DISPONIBLES	500
T	CONSULTORIO	CONTRATADOS	500
U	RENDIMIENTO	PROGRAMADO	7
		OBSERVADO	6.7
Y	ADECUACION DE VOLUMEN	19.2	%
Z	CAPACIDAD DE CONTRATACION	100	
Z'	DIAS AUXILIAR CONSULTORIO CONTRATADAS		
Z'	ADECUACION AUXILIAR DE CONSULTORIO		%

INFORMACION FINANCIERA

RUBROS		COSTO PROGRAMADO 1981	COSTO OBSERVADO 1981	FACTOR DE CORRECCION	COSTO PROYECTADO 1982
COMPONENTES DEL COSTO	SERVICIOS PERSONALES				
	SUMINISTROS				
	GASTOS GENERALES				
COSTO TOTAL ACTIVIDAD FINAL					
COSTO UNITARIO DEL INSTRUMENTO					

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

TA B L A D E A N A L I S I S
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

SECCIONAL BOGOTÁ
REGIONAL N°4 SANTA CLARA
LOCAL CENTRO N°63 ALQUERIA LA FRAGUA

1 9 8 2

EDAD	PERSONAS ATENDIDAS		COBERTURA		RENDIMIENTO		CONTINUIDAD		CONCENTRACION		DISTRIBUCION PORCENTUAL DE INSTRUMENTOS	
	OBSERVADO	PROPUESTA	OBSERVADA	PROPUESTA	OBSERVADO	PROPUESTO	OBSERVADA	PROPUESTA	OBSERVADA	PROPUESTA	OBSERVADO	PROPUESTO
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
5 - 14 AÑOS	1.266	1.254	12.6 %	12.4 %	X		55.0	60	1.12 %	1.20 %	85.2 %	86 %
15 - 44 AÑOS (OBSTETRICAS)	34	38	2.02 %	3.2 %			40.9	60	1.29 %	1.30 %	2.4 %	3 %
OTROS	174	98	0.43 %	0.2 %			45.8	60	1.25 %	1.20 %	12.4 %	11 %
TOTAL	1.474	1.390	2.82 %	2.6 %	6.7	7	53.3	60	1.14 %	1.30 %	100 %	100 %

SECCIONAL BOGOTA
REGIONAL N°4 SANTA CLARA
LOCAL CENTRO N°63 ALQUERIA LA FRAGUA

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

1982

E DA D E S	P O B L A C I O N T O T A L	R E S P O N S A B I L I D A A S I G N A D A		F A C T I B I L I D A D T E C N O F I N A N C I E R A				
		P O B L A C I O N A S I G N A D A	I N S T R U M E N. N E C E S A R I O S	C U A N T I F I C A C I O N			P O B L A C I O N A A T E N D E R	C O B E R T U R A
				I N T R U M E N T O S	T R A T A M I E N T O I N I C I A D O S	T R A T A M I E N T O T E R M I N A D O S		
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5 - 14 AÑOS	14.428	10.099	505	215	1.505	903	1.003	9.9
15 - 44 AÑOS Y OBSTETRICAS	1.684	1.178	59	7	49	29	33	2.8
OTROS	57.766	40.435	2.022	28	196	118	131	0.3
TOTAL	73.876	51.712	2.585	250	1.750	1.050	1.167	2.25

T.O 0015 1982
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0015