

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

CENTRO DE SALUD LAFAYETTE No 62.

Presentación, programación y analisis
de la Salud Oral.



Bogotá, D. E., noviembre 29 de 1982.

Este trabajo refleja en forma resaltante la acertada dirección y consejería del Dr. MIGUEL ANGEL VELASQUEZ CARRILLO, a quien reconocemos en este testimonio escrito, haber logrado llevar a feliz término todos nuestros esfuerzos.

De igual forma la invaluable participación de los siguientes - compañeros y colegas, integrantes del grupo No 7 de la Cátedra de Salud Pública del Octavo Semestre de la Facultad de Odontología del Colegio Odontológico:

DORA CARRASCO DE VARGAS	Cod. 761223
HUMBERTO REYES	762613
CARMEN MILENA PARRA	771681
MARIA HELENA QUIÑONEZ	772047
LATIFA MUSTAFA	772590
ESPERANZA MALDONADO	781118
DAISY SANABRIA	781308
ALFONSO MARTINEZ	781697
NELSON LOPEZ	791422
AUGUSTO CAMELO	791724

INDICE.

INTRODUCCION

CAPITULO I.

PRESENTACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

1. IDENTIFICACION.

1.1. COLOMBIA.

1.2. SITUACION ASTRONOMICA.

1.3. SITUACION GEOGRAFICA.

1.4. RELIEVE.

1.5. CLIMA.

1.6. HIDROGRAFIA.

1.7. SISTEMAS DE VIDA DEL HOMBRE COLOMBIANO.

1.8. INDUSTRIA.

1.9. COMERCIO.

1.10. TURISMO.

1.11. TIPOS HUMANOS.

1.12. RELIGION.

1.13. IDIOMA.

1.14. FOLKLORE.

1.15. HABITANTES.

1.16. GOBIERNO

1.17. DESCRIPCION.

1.18. ORGANIZACION.

CAPITULO II.

2.1. LOCALIZACION.

2.2. ORGANIZACION.

2.3. OBJETIVO Y FUNCIONES INSTITUCIONALES.

2.4. DESCRIPCION.

2.5. FACTORES CONDICIONALES.

2.6. SISTEMA DE ATENCION.

2.7. FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA.

2.8. VIGILANCIA Y CONTROL.

2.9. PERSONAL.

2.10. SISTEMAS DE COMUNICACION.

2.11. CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

2.12. FINANCIERA.

2.13. SISTEMAS DE INFORMACION.

2.14. AREAS DE SUMINISTRO.

2.15. ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

CAPITULO III.

PRESENTACION DE LA REGIONAL No. 4 SANTA CLARA.

3.1. INTRODUCCION.

3.2. DELIMITACION GEOGRAFICA.

3.3. ORGANIZACION.

3.4. SERVICIO QUE PRESTA.

3.5. ANALISIS DE LOS SERVICIOS.

3.6. PERSONAL DE LA REGIONAL.

3.7. CAUSAS DE MORBILIDAD.

3.8. CAUSAS DE MORTALIDAD.

CAPUTULO IV.

PRESENTACION DEL CENTRO DE SALUD No 62 LAFAYETTE.

4.1. UBICACION.

4.2. LIMITES.

4.3. AREA FISICA.

4.4. SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA.

4.5. PROGRAMAS DE SALUD ORAL.

4.6. PROGRAMAS DE SALUD GENERAL.

4.7. SERVICIOS DE URGENCIAS.

4.8. POBLACION.

4.9. RECURSOS.

4.10. MORBILIDAD.

4.11. POBLACION.

4.12. CONCLUSION.

4.13. RECOMENDACIONES.

4.14. OBJETIVO GENERAL

4.15. OBJETIVOS SUBSIDIARIOS.

4.16. OBJETIVOS DE INTEGRACION DE RECURSOS

4.17. OBJETIVO DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

4.18. FUNCIONES.

I. A. 1. a.

CAPITULO V.

PRESENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL EN BOGOTA.

I. . .

5.1. INTRODUCCION AL PROGRAMA DE SALUD ORAL

5.2. PRESENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL EN EL CENTRO DE SALUD No. 62 LAFAYETTE.

CAPITULO VI.

ANALISIS Y EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL DE BOGOTA

6.1. SITUACION.

6.2. TRATAMIENTO ODCNTOLOGICO.

6.

CAPITULO VII.

PROPUESTAS PARA LA PROGRAMACION A NIVEL LOCAL.

- PROPUESTAS.

CAPITULO VIII.

PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL.

8.1. IDENTIFICACION.

8.2. UBICACION.

8.3. AÑO.

8.4. LUGAR.

8.5. POBLACION.

8.6 PLANEACION.

8.7. OBJETIVOS GENERALES.

8.8. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

8.9. NORMALIZACION.

8.10. MODELO DE CAMBIO.

I. A. 1. a.
1a.
1b.
1c.

8.11. EJECUCION.

8.12. EVALUACION.

CAPITULO IX.

IMPLANTACION DE LA PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL.

9.1. PREPARACION PARA LA EJECUCION.

9.2. TECNICA PREVENTIVA.

9.3. RECURSOS.

9.4. TECNICA CURATIVA.

CAPITULO X.

EVALUACION DE LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL.

CAPITULO XI.

- RECOMENDACIONES

- CONCLUSIONES.

INTRODUCCION.

La estructura organizativa de la salud oral, ha venido evolucionando. Hoy en día se plantea la necesidad de una verdadera programación para la prestación del servicio de salud oral. Lo anterior conlleva a la organización administrativa integral q' está coordinada por e involucrada a una planificación de salud general, que debe incluir todos los aspectos del bienestar físico y social del individuo en la comunidad.

Es así, como, el presente estudio analiza un programa de servicios de salud oral, teniendo en cuenta los establecidos comparativos a nivel nacional en nuestro país, pasando por la seccional, regional, y terminando con la organización local de - centros de salubridad genérica, que actuando en forma conjunta ó independiente determinan en un todo el comportamiento del - factor salud.

Finalmente con base en lo anterior se plantea un programa, de la política de salud, con su evaluación y conclusión respectivas.

CAPITULO I

SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

I. IDENTIFICACION.

I.1 COLOMBIA.

I.2 SITUACION ASTRONOMICA.

De acuerdo a las coordenadas geográficas Colombia se halla situada entre los trece grados de latitud norte, por el norte; y 5° de latitud sur; con respecto a la longitud, es un país situado en el hemisferio occidental, pues por Bogotá (su capital) pasa el meridiano 75 al oeste del meridiano de Greenwich.

I.3 SITUACION GEOGRAFICA.

Colombia se encuentra en el hemisferio noroeste de la América del sur, entre el Atlántico y el Pacífico los dos grandes océanos que bañan el continente y en las cercanías del

canal de Panamá que los une, al sur del América del Norte y al sudeste de la América Central. El Atlántico nos separa de Europa y Africa y el Pacífico de Asia y Oceanía. Por el oriente y por el sur bordean a Colombia selvas ecuatoriales casi impenetrables; solo en un corto tramo con la frontera con Venezuela y en la parte central de la frontera con el Ecuador hay tierras propicias para el poblamiento. La posición física de Colombia en medio de los mayores - océanos la coloca en puesto excepcional para el tráfico marítimo que le ha valido por llamada " Piedra angular de Iberoamérica". A pesar de esa posición Colombia a mirado muy poco hacia el mar posiblemente por la insalubridad de la Costa Pacífica y el muy poco poblamiento de la Costa Atlántica .

La vecindad de cinco repúblicas hermanas no ha creado los vinculos comerciales y culturales apetecibles por el factor aislante de las selvas.

Colombia limita por el oriente con Venezuela y Brasil; por el sur con Perú y Ecuador; por el occidente con Panamá. Es limite oceánico con Nicaragua el meridiano 82 al oeste de Greenwich.

1.4 RELIEVE.

La orografía colombiana se compone de las cordillera per-

tenecientes al sistema Andino Suramericano; de algunos sistemas montañosos extrandinos; de las inmensas llanuras del sur, de las llanuras de sabanas del oriente; de las llanuras costaneras y de los valles interandinos esto determina la gran variedad del paisaje colombiano que ha hecho llamarlo "Mosaico de países". El relieve influye además en el clima, en los productos y en el poblamiento, es decir, en los aspectos físicos, humanos y económicos.

1.5 CLIMA.

En Colombia se presentan otros de los climas de latitud: los ecuatoriales y los tropicales y luego todos en de altitud tropical.

Del clima ecuatorial se tiene el clima ecuatorial lluvioso de selva.

De los climas tropicales se tienen:

Clima tropical de bosque

Clima tropical de sabana

Clima tropical de Estepa

Clima tropical de desierto.

Entre los climas tropicales de altitud se tienen:

Piso térmico cálido

Piso térmico templado

Piso térmico frío

Piso térmico páramo.

Piso térmico placial.

Por lo visto anteriormente deducimos que en Colombia se presentan muchos climas diferentes, lo que ha ocasionado la diversidad de cultivo y de actividades humanas.

1.6 HIDROGRAFIA.

Colombia posee en su territorio muchos rios, y por consiguiente tiene un gran potencial hidráulico. Pero tanto en la navegación como en el aprovechamiento de la energía eléctrica Colombia apenas utiliza una mínima parte de ese recurso; solamente ahora se está dando impulso y propagando el desarrollo de esta importante fuente.

Entre los rios más importantes tenemos: el Magdalena, el Cauca, el Atrato, el San Juan, el Patía, el Mira, el Catatumbo, el Orinoco, el Arauca, el Meta, el Vichada, el Guaviare, el Amazonas, el Negro, el Caquetá y el Putumayo.

1.7 SISTEMAS DE VIDA DEL HOMBRE COLOMBIANO.

- Montañez
- Selvático
- Ribereño
- Sabanero
- Costeño
- Isleño
- Hombre de la ciudad

En Colombia el 53% de la población se dedica a la agricultura. El principal producto agrícola es el café y es el que le produce el mayor número de divisas extranjeras al país.

Otros productos de exportación pero en menor cantidad son: banano, tabaco, caña de azúcar y algodón. De consumo interno el arroz, maíz, platano, yuca y papa.

Posee una inmensa riqueza en maderas finas y resinas que son explotadas en mínima parte.

La ganadería ocupa el segundo renglón después de la agricultura. Esta actividad económica cuenta en unas 40.000.000 de habitantes dedicadas a su servicio.

Si se proyecta la mirada hacia el mar tendremos en la pesca un futuro con buenas perspectivas.

La minería ocupa el cuarto lugar en la economía del país; Colombia es el primer productor de oro en suramérica, produce también plata, platino, esmeraldas (son las más finas del mundo) . Entre los minerales útiles explotados tenemos: el hierro, combustibles, carbón, hulla, petróleo, además energía eléctrica.

1.8 INDUSTRIA.

Los principales centros industriales de Colombia son: Bogotá, Medellín, Cali, Paz del Río, Bucaramanga, Barranquilla y Cartagena. Las principales industrias nacionales son: alimentos, bebidas, textiles, calzado, losería, vidriería, cigarri

llos, cemento, papel, etc..

Las principales empresas nacionales son Ecopetrol y Paz del Rio

1.9 COMERCIO.

El comercio interior es de gran volumen y complejidad.

El comercio exterior es desequilibrado porque en sus exportaciones son menores en valor que las importaciones.

El valor adquisitivo del medio circulante (peso) es débil.

1.10 TURISMO.

Colombia es un país privilegiado para el turismo dada la inmensa variedad de paisajes y de climas.

1.11 TIPOS HUMANOS.

Indio, blanco y negro. Las principales mezclas son el mestizo y el mulato.

1.12 RELIGION.

País esencialmente católico.

1.13 IDIOMA.

Español.

1.14 FOLKLORE.

Diverso.

1.15 HABITANTES.

27.000.000

1.16 GOBERNO.

República unitaria con gobierno democrático.

El poder público está conformado por tres ramas

Ejecutiva

Legislativa

Judicial

Ejecutiva: Compuesta por el presideste de la República auxiliada por los Ministros, Gobernadores, Intendentes y Comisarios.

Legislativa: compuesta por el Congreso que se divide en Senado

Cámara de Representantes

Consejos

Judicial: integrada por Jueces Municipales, tribunales superiores y Corte Suprema de Justicia.

1.17 Colombia como cualquier país del mundo tiene su propia estructura pues tiene estamentos definidos en sus diferentes areas. En salud presenta su sistema nacional de salud creado en base a las necesidades de su población

y era el firme propósito de brindar soluciones presentes y futuras a los diferentes problemas de los habitantes.

B 2. DESCRIPCION.

El Sistema Nacional de Salud es un conjunto de instituciones ordenadas conforme a un criterio específico que interrelacionadas e interactuantes, se orientan a la consecución de un objetivo común.

C 2.1 ORGANIZACION

El Sistema Nacional de Salud se estructura en base a áreas y niveles.

Las áreas representan la división del trabajo en partes homogéneas y consiguientemente por especialidad.

Los niveles resuelven la jerarquización de la autoridad para gobernar con una racional participación y así garantizar la integración.

Las áreas se organizan horizontalmente y los niveles en forma vertical.

Dentro del Sistema Nacional de Salud las áreas se agrupan en funciones diferenciadas e integran la totalidad del servicio del sector salud. Estas áreas son tres:

- Área de atención a las personas

- Area de atención al medio
- Area de servicio interno (infraestructura)

El sistema Nacional de Salud tiene un objetivo al servicio de salud integrado que requiere acciones sobre los individuos y sobre algunos factores del ambiente que modifican la situación ecológica y tienen así un efecto en la salud de la población y además el poblamiento y mantenimiento del sistema mismo, por lo que debe de dedicar acciones a mejorar su infraestructura.

Para la dirección básica del sistema, en cada uno de los organismos en sus diferentes niveles están contempladas las tres areas, de manera que cada una de ellas realiza una posición especializada.

El Sistema Nacional de Salud identifica básicamente cuatro niveles de jerarquía:

1. Dirección
2. Sistematización
3. Programación
4. Ejecución.

El aporte del nivel máximo de autoridad se describe como la dirección integradora que se proporciona mediante la proporción de los objetivos y metas a conseguir dentro de políticos y temas generales que orientan a la organización como un todo integrado , de manera que sea una respuesta a las necesidades reales que dan origen al organismo.

El segundo nivel sistematiza los recursos, promueve la transformación de los lineamientos propuestos por la dirección en soluciones operativas, esto implica diseño de planes específicos por áreas y sistemas de organización y operación, que instrumentando a los planes garantice el cumplimiento de los objetivos.

El tercer nivel de autoridad programa detalladamente la acción y ubica en el tiempo y el espacio la implementación de los planes y sistemas diseñados para el cumplimiento de las orientaciones establecidas, organizando racionalmente las actividades distribuyendolos por funciones en una secuencia lógica dentro de normas de calidad y de cantidad.

El cuarto nivel de jerarquización ejecuta las funciones específicas activando el proceso de acción determinado en los programas.

Cada nivel está condicionado por una planeación y un control, esto implica que en todos los niveles se da una actividad de planeación y una de control, pero dichas actividades se diferencian por su contenido, o sea por la magnitud de las decisiones elaboradas y de las informaciones manejadas.

La aplicación de la estructura de niveles del sistema Nacional de Salud se concreta así:

Primer nivel.....	Ministerio Nacional de Salud
Segundo nivel.....	Servicios seccionales de SALud
Tercer nivel.....	Unidades regionales de Salud
Cuarto nivel.....	Unidades operativas locales.

El ministerio de salud con un contenido de dirección integradora del sector salud, a partir de una orientación Central - Asesoría y normación - de la actividad total, cubre el nivel nacional del sistema.

Los servicios seccionales de salud proporcionan la promoción sistematizada de los servicios de salud mediante la configuración de planes en los departamentos, intendencias y comisarias o distrito conforme a los lineamientos propuestos por el nivel nacional .

Estos servicios seccionales de salud constituyen al segundo nivel de autoridad dentro del sistema.

Las unidades regionales de salud con la programación de la presentación de los servicios en regiones geográficas delimitadas, organizan y adaptan la actividad concretando la aplicación de los recursos asignados en calidad y cantidad, lugar y tiempo y representan el tercer nivel para la dirección del sistema.

Las unidades operativas locales implementan los servicios de salud a las comunidades y confirman el nivel de ejecución del sistema.

Las áreas del sistema nacional de salud están determinadas por los políticos generales que identifican tres grandes campos de problemática dando origen a dos áreas de atención directa o de servicio a la comunidad y una de servicio interno como de apoyo a las dos anteriores y señalan los

cuerpos de acción de las utilidades adscritas y vinculadas a los organismos de dirección básica dentro de un modelo global de operación. ✓

MINISTERIO DE SALUD.

Institución que dentro del sistema Nacional de Salud está encargado de la dirección.

En el ministerio se conoce una jerarquización en siete grados de autoridad, que se esquematizan en cuatro niveles así:

NIVEL	Ministerio de salud
	1. Ministro
1. Dirección	2. Viceministro
	3. Secretaria General
	4. Direcciones oficinas
2. Sistematización.....	5. Divisiones
3. Programación.....	Secciones
4. Ejecución.....	Siete grupos.

El nivel de dirección integradora lo cubre el despacho del

Ministro, el despacho del Viceministro y la Secretaría General que mancomunadamente proponen una orientación unificadora de todo el sistema con el fin de garantizar la coherencia entre la respuesta del sistema y las demandas de la realidad a través de la fijación de las políticas objetivas y metas.

Las direcciones y oficinas son el primer factor de instrumentación de las decisiones adoptadas. Aportan el diseño de los planes por áreas que complementandosen e interactuando resulta la instrumentación operativa del logro de los objetivos propuestos por el primer nivel.

A nivel de las divisiones le corresponde la sistematización de un modelo de organización y de operación que permitan la eficaz y económica realización de los políticos, objetivos y metas propuestas para el sector salud y expresadas en los planes.

La sección aporta la programación que da organización racional a las actividades, agrupandolas en funciones y dostibuyendolas en su secuencia lógica conforme a estándares especificos de cantidad y calidad.

En los grupos se ejecuta la actuación de las secuencias de oca-
ción uniforme a los programas estacblecidos por el nivel superior, efectuando las funciones específicas asignadas conforme a especialidad.

El propósoto de este nivel (dirección) se sintetiza en: políticas, teorías, objetivos y metas generales que abarcan el todo y establecen el marco de Referencia de los planes.

SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD.

Esta conforma el segundo nivel dentro de la estructura del sistema nacional de Salud. Reconoce este nivel seis grados de autoridad distribuido en sus cuatro niveles básicos.

NIVEL	SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD
1. Dirección	Junta seccional de salud JEFATURA DEL Servicio
2. Sistematización	Coordinación técnica.
3. Programación	Divisiones.
4. Ejecución	Secciones Grupos.

El primer nivel de dirección integradora está conformada por la junta seccional de salud y la jefatura del servicio, que garantizan el cumplimiento de los políticos nacionales, adoptandolas y adaptandolas a las características propias del servicio, y orienta el diseño de sistemas de los respectivos planes seccionales.

El segundo nivel conformado por la coordinación técnica, esta sistematiza, el diagnóstico de la situación de salud a nivel seccional partiendo de diagnósticos parciales provenientes de las unidades regionales, por area del servicio inte-

grándolos en una política global e instrumentado las directrices de los respectivos planes, coordinando a la vez las realizaciones del nivel seccional mediante la asistencia técnica correspondiente.

El tercer nivel corresponde a las Divisiones.

Objetivo: Determinar programas para sistematizar servicios.

Asegura programación uniforme en áreas de atención directa e infraestructura.

Consolida los programas propios del servicio con las unidades regionales.

Establece mecanismos de supervisión.

El cuarto nivel conformado por dos subniveles: secciones y grupos.

Objetivo: Implementar la sistematización por áreas.

Asesora y supervisa la elaboración de los programas de las Unidades regionales

UNIDADES REGIONALES DE SALUD.

El tercer nivel o de programación dentro del Sistema Nacional de Salud está formado por las unidades regionales. Contempla este nivel seis grados de autoridad contenidos en los cuatro niveles básicos así:

NIVEL

UNIDAD REGIONAL DE SALUD.

- | | |
|--------------------|--|
| 1. Dirección | Jefatura - Dirección
Coordinación técnica |
| 2. Sistematización | Secciones. |
| 3. Programación | Servicios |
| 4. Ejecución | Departamentos y unidades. |

El nivel uno conformado por la jefatura que orienta los programas de la regional garantizando que se encuentren dentro del marco del plan seccional y en concordancia de las políticas nacionales, y por la coordinación técnica como unidad integradora de tales programas, asesorando y coordinando a las secciones de la unidad regional y a las unidades operativas locales.

En el segundo nivel están ubicadas las secciones.

Objetivo: Sistematización de los programas para dar cumplimiento a las políticas regionales, a partir del establecimiento de mecanismos de planeación y control para áreas de especialidad.

En el tercer nivel de programación están ubicados los servicios.

Objetivo: Coordinar la prestación de los respectivos servicios en cada uno de los departamentos que los conforman, a partir de la programación y supervisión del desarrollo de las actividades de acuerdo a modelos técnicos

establecidos.

En el cuarto nivel están ubicados los departamentos y las unidades.

Es el nivel de ejecución de las actividades programadas del tercer nivel.

Objetivo: Participación directa de los servicios asistenciales, docentes, de investigación y de infraestructura, a
3 partir de la racional distribución y utilización de
1 los recursos disponibles para el desarrollo de las actividades específicas.

UNIDADES OPERATIVAS LOCALES.

El cuarto nivel o de ejecución dentro del Sistema Nacional de Salud está formado por unidades oérativas locales.

En este nivel se reconocen caraterísticas netamente operativas.

NIVEL	UNIDADES OPERATIVAS LOCALES
Dirección	
Sistematización	
1. Programción	Dirección Hospital
Ejecución	

NIVEL	UNIDADES OPERATIVAS LOCALES
Sistematización	Servicios
2. Programación	Centros de Salud
Ejecución	
Programación	Departamentos
3. Ejecución	Puestos de Salud
4. Ejecución	Unidades
	Unidades de Cobertura.

El primer nivel está representado por la dirección del hospital local .

Objetivo: Apoya técnicamente la prestación de los servicios de Salud de mayor complejidad en la localidad correspondiente, se extiende a la orientación del proceso de ejecución en las demás unidades locales, mediante la orientación y la integración de los programas que se llenven a cabo en ellos, lo mismo que la elaboración del diagnóstico sobre las variaciones que se detecten a partir de la elaboración de los programas por áreas de especialidad, y la asistencia necesaria a los servicios, centros y puestos de salud de su influencia.

En el segundo nivel están ubicados los servicios del hospital local y centros de salud.

Objetivo: Sistematizar las actividades y coordinación de programas en el área de su jurisdicción y la prestación de servicios generales y de ambulatorio de salud a la comunidad.

El tercer nivel corresponde a los departamentos del hospital local y puestos de salud.

Objetivo: Programación y ejecución de las actividades necesarias para la prestación de servicios de salud de menor complejidad, siguiendo orientaciones dadas por la dirección del hospital local.

En el cuarto nivel se ubican las unidades que integran los departamentos del hospital local y las unidades de cobertura.

Objetivo: Ejecutar las actividades programadas en el departamento correspondiente.

Prestar siete servicios básicos de medicina simplificada y de saneamiento básico en las zonas de menor accesibilidad geográfica con la supervisión del puesto de Salud correspondiente.

3. ANALISIS

3.1 BREVE HISTORIA DE LA SALUD EN COLOMBIA.

Desde que se institucionalizó la Salud Pública en este país. El Sistema Nacional de Salud siempre ha sido un engranaje, un proceso, cuyo desarrollo ha contribuido en una o

en otra forma con los diferentes gobiernos.

La salud pública se institucionalizó en el país a partir de 1913.

Inició con dos campos de acción:

1. El de los servicios que nacieron dentro de la órbita y responsabilidad inmediata del gobierno con fines de prevención e higiene públicas.

2. El de aquellos que se ubicaron separadamente con un concepto y práctica exclusiva de medicina curativa en los hospitales, bajo el comando de juntas directivas.

Luego de 1913 la salud pública pasó por diferentes fases de organización que tenía como meta llegar a una estructura nacional que comandase el sector salud. Desde ese entonces buscaba crear un ministerio, como ahora se busca instaurar un Sistema Nacional de Salud

3.2 CREACION DEL MINISTERIO DE HIGIENE Y DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE LOS SEGUROS SOCIALES.

El ministerio de higiene fué creado en 1946 según disposición legal "Ley 27 de 1946". Este nuevo organismo tenía como función especial promover y fortalecer la higiene pública (prevención en general, campañas directas, saneamiento ambiental, vacunación, higiene materno infantil, educación sanitaria), y para atención curativa se reforzó la autonomía y autosuficiencia del trípode: Junta Directiva - Beneficencia - Hospital. También en 1946 entró en vigor la ley 90 que dió existencia al Instituto Colombiano de los Se-

gueros Sociales .

Termina la década del 40 con una tricotomía estatal conformada por:

Ministerio de Higiene y sus organismos dependientes

Las Beneficencias y sus hospitales

Seguro Social y sus instituciones de atención médica

además el uso privado de la profesión.

En la década de 1950 hay una reacción contra el concepto separatista de la medicina preventiva y curativa que se venis operando.

En esta década se introducen los conceptos de coordinación e integración de la salud. Se crea el nuevo Ministerio de Salu, que teniendo en cuenta la siposición de los aspectos curativos y preventivos propone la creación de los Centros de Salud Pilotos, esto como un enfoque práctico e integral de la atención médica.

También se crean los departamentos de medicina preventiva.

En la década de 1960, se crea: la ofocina de Planeació en 1962. En el Ministerio de Salud, elaboró rápidamente lo que puede considerarse como un intento o aproximación de un plan de salud, que se llamó: "Plan Nacional de Salud para el decenio 1962 - 1973."

En 1964 se hizo un estudio de los recursos humanos para la salud y la educación.

Por el dcreto 1499 de 1966 entran a operar los servicios

seccionales de salud en cada departamento.

En 1968 aparece una reforma administrativa que establece nuevas funciones al Ministerio de Salud.

En 1969 se aprueba la ley 39: Plan Nacional Hospitalario con cuatro niveles de atención médica, hecho importante en la estructura de un sistema Nacional de Salud.

La década de 1970 señala un periodo decisivo de diseño, implantación y desarrollo del sistema Nacional de Salud en Colombia.

En el periodo de 1970 - 1974 se creó la División de Salud dentro de la estructura del departamento Nacional de Planeación.

En 1972 se promulgó un plan de desarrollo denominado: "Las cuatro estrategias".

En 1973, se le conceden facultades extraordinarias al Presidente con el fin de reorganizar la Administración Pública y reestructurar la prestación de los servicios de salud en el país.

La segunda parte de la década de los 70, divide la historia de la salud del país en dos. En 1975 se estableció la estructura y organización básica del Sistema Nacional de Salud en Colombia, también empezó a elaborarse agilmente un plan nacional de salud, cuya primera fase se volcó a nueve millones (36%) de colombianos, prioritariamente del área rural, que venían desprotegidos .

3.3 POLITICA SOCIAL DEL GOBIERNO.

El gobierno nacional durante los últimos 40 años prestó gran protección a la industria y concentró sus programas sociales en las grandes urbes. La inversión pública que canalizó de manera primordial hacia los núcleos poblacionales donde se había concentrado el mayor progreso del país.

Las grandes masas campesinas y los grupos marginados de barriadas periféricas de las grandes ciudades, no recibían los servicios de esa inversión.

El gobierno presentó al Congreso Nacional un plan de desarrollo social, económico y regional para 1975 - 78 en el cual fundamentalmente cambió las políticas existentes.

En este plan se cambiaban los esquemas gastados, por otros más acordes con nuestros tiempos, más realistas y humanos utilizando instrumentos que garanticen un cambio y dé mayor oportunidad al sector de la sociedad representado por los campesinos y los marginados de las ciudades, que constituyen la población más pobre.

Las nuevas políticas sociales correspondieron a:

- Atención en salud
- Calidad de la vivienda
- Suministro de agua potable y alimentos
- Educación básica
- Enseñanza de técnicas agrícolas modernas a la población campesina.

Uno de los más graves problemas que afronta la población colombiana es la situación nutricional, según estudios realizados hace diez años, el 60% de la población infantil (menores de 5 años) presentaba algún grado de desnutrición. Los niños forman el grupo más vulnerable para el desarrollo de las deficiencias mentales y físicas en general. Teniendo en cuenta esto, el gobierno estableció una estrategia para corregir los déficits nutricionales.

3.3.1 PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION. (P.A.N.)

A fin de solucionar el problema en forma integral, colocando el bienestar alimentario y nutricional como una prioridad nacional. El Plan se basa en el aprovechamiento biológico de algunos productos agrícolas que son más eficaces en la solución de problemas de nutrición.

El plan contempla también una estrategia de desarrollo agrícola para aumentar la productividad del campesino. El estado debe comprar parte de los alimentos para destinarlos al sector más bajo de la población.

También establece estímulos a la industrialización de alimentos de alto poder nutricional.

3.3.2 DESARROLLO RURAL INTEGRADO. (D.R.I.).

Otro programa con sentido social en el desarrollo rural Integrado (D.R.I.) Este incluye investigaciones, difusión tecnológica, crédito, comercialización, inversiones

e infraestructura física y social.

El D.R.I. busca articular su desarrollo con el P.A.N. y aspira a aumentar la productividad, el ingreso real y el empleo en el sector rural.

3.3.3. El programa de Acueductos y alcantarillados de gran importancia sanitaria, representa una contribución decisiva en la prevención de enfermedades de origen hídrico todavía prevalentes en el país.

3.3.4. Otro de los problemas mas serios y difíciles es el difícil problema social en Colombia, es el de la marginalidad urbana, cercada por fenómenos migratorios del campo a la ciudad, las altas tasas de natalidad, la falta de suficientes viviendas y servicios públicos para atender la demanda. Se calcula por ejemplo que la población de Bogotá crece en 300.000 habitantes cada año por solo migración.

La presencia de estos cordones trae hondas repercusiones económicas y sociales.

Como en cierto modo el problema de la marginalidad se semeja con el problema de la población campesina el gobierno creó los

3.3.5. MODULOS DE AMPLIACION DE COBERTURA (M.A.C.)

Para las zonas marginadas de los suburbios dentro de un pro

grama denominado Programa de Integración de Servicios y participación comunitaria a zonas marginadas Urbanas incorporando la población de los tugurios a los programas de salud. Estos programas incluyen:

Capacitación

Empleo

Salud

Vivienda

Servicios públicos

Actividades culturales y recreativas.

3.4 ESTADO DE LA SITUACION DE SALUD Y DEL SECTOR EN EL PAIS.

Teniendo en cuenta los problemas de salud existentes, el Sistema Nacional de Salud, en 1.974, realizó un diagnóstico de la situación de salud.

El diagnóstico de la situación de salud no es analizado - con base exclusivamente en la información de determinado año sino teniendo en cuenta el desenvolvimiento retrospectivo de varios años y hasta décadas. Con esta base, se destacan en 1.974, catorce problemas principales que son:

1. El 36% de la población total del país carecía de servicios integrales suficientes y oportunos, o sea, que 9 millones de colombianos no disponían de cobertura adecuada de salud. El sector oficial y el seguro social atienden el 49% de la población y el sector privado el 15%.
2. Dos de cada tres habitantes en el sector rural carecían

de servicios organizados de atención médica, de agua y de alcantarillado.

3. Incoordinación, disposición, dispersión y superposición de la capacidad instalada en el sector.
4. Incomunicación entre los niveles de decisión del sector público y privado.
5. Carencia de un instrumento que racionalizara la actividad sectorial, mediante acciones técnicamente programadas y coordinadas entre sí
6. Deficiente control estatal en el empleo de los recursos que el país destinaba a salud.
7. Falta de definición de prioridades e incoordinación en el destino de la financiación externa y de los recursos extraordinarios.
8. 25% del total de muertes en el país ocurría en grupos menores de un año (47% de la población), y el 50% del total de ellas en el grupo de menores de cinco años (18% de la población total).

La mortalidad general se mantiene en 9.4% ocupando el primer lugar las enfermedades diarreicas y destacándose la desnutrición y las enfermedades infecciosas; enfermedades crónicas y degenerativas, cardiovasculares, tumores malignos y los accidentes.

El país se encuentra así en una etapa de transición en el que tiene que hacer frente a los problemas de salud propios de comunidades desarrolladas y en vía de desarrollo. Las causas

de morbilidad siguen un camino paralelo manteniéndose aún en el cuadro de incidencia de enfermedades transmisibles las infecciones intestinales, sarampión, tos ferina, venéreas, TBC, tifoidea, paludismo. Las zoonosis como la rabia canina, la encefalitis equina venezolana, la brucelosis, la cisticercosis de origen bovino y porcino, causan grandes deterioros de salud y daños sociales y económicos.

9. Ausencia de programas de apoyo que aseguran efectividad a los servicios de atención médica y protección del medio ambiente.
10. Desajuste entre la producción cualitativa y cuantitativa del personal de salud y las exigencias de la realidad nacional.
11. Multitud de regímenes laborales que generaban situaciones de inseguridad e injusticia entre los trabajadores de la salud.
12. Pasividad comunitaria en la determinación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
13. Rápido deterioro de la ecología humana, generándose solo acciones parciales y desconectadas intersectorialmente.
14. Ineficacia de mecanismos de coordinación entre los distintos sectores económicos y sociales, cuyas acciones son la causa y consecuencia de los niveles de salud.

En síntesis en los últimos 70 años, la población registrada en el país se ha sextuplicado pasando de 4 millones a casi 24 millones en 1.974. Sin embargo la tasa de crecimiento de la población ha ido descendiendo en forma marcada, pues en 1.960 era el 3.2% y al terminar 1.978, la cifra es del 2.2%, disminución muy significativa.

Se calcula que en el año 2000 Colombia tendrá unos 38 millones de habitantes, en vez de 50 que se esperaban para esa fecha.

3.5 RECURSOS.

Colombia cuenta con recursos escasos, deficientes, para hacer frente a la creciente demanda de servicios, ya que las necesidades del país son muy grandes.

3.5.1 RECURSO HUMANO.

La eficacia y eficiencia en los servicios de salud dependen de la calidad y cantidad del recurso humano, como de la utilización adecuada que se le de.

El personal profesional, técnico y auxiliar de que disponía el país en 1974 era el siguiente:

Médicos	14.846
Odontólogos	3.954
Veterinarios	2.400
Ingenieros Sanitarios	140
Enfermeras	3.289
Auxiliares de enfermería	14.650

Existían además 1800 promotores de saneamiento y 600 promotoras, pero especializadas en el solo sector materno infantil.

El problema de la escasez de recursos se agrava con la inadecuada distribución cuya concentración es marcada a nivel de grandes ciudades, pero aún dentro de estas, se orienta hacia los sectores económicos elevados, dejando precisamente margi-

nados a quienes más lo necesitan.

3.3.2. RECURSOS FISICOS.

En 1974 diferentes obras se venian desarrollando siguiendo objetivos explicitos en la ley 39 de 1969 (Plan Nacional Hospitalario).

Los equipos y la dotación de los hospitales en las diferentes niveles eran precarios desde el punto de vista de calidad y de cantidad, programas de atención integral como el del cáncer, presentaban a consecuencia de este hecho y de la centralización gran deterioro. El gobierno optó por suspender edificaciones de gran volumen (más de 300 camas) y en cambio promovió la remodelación y adaptación de los hospitales, conformando así una red más adecuada para el país.

Además promovió el rendimiento de la capacidad instalada como:

- Aumento de ingresos
- Disminución de días - estancia
- Incremento del porcentaje promedio ocupacional de camas
- Se estudió un plan de equipamiento y dotación, con el fin de ganar un verdadero desarrollo hospitalario en el país.

3.3.3. EL PROBLEMA HOSPITALARIO.

Este problema tiene una singular importancia, ya que incluye factores que han incidido en su desarrollo como:

- Diferencia de los sistemas administrativos
- Burocratización
- Aspectos laborales inadecuados
- Mayor demanda de servicios
- Mayores costos
- Factores mundiales de la inflación.

La estructura de los hospitales en Colombia era hasta 1940, sencilla, atrasada y poco costosa para el estado poco eficiente para la atención institucional en los problemas de salud de la población. Parecían los hospitales más lugares de reclusión de enfermos crónicos, que instituciones científicas montadas sobre principios modernos de atención médica. Las historias clínicas se llevaban en forma rudimentaria. La atención de los enfermos estaba a cargo de religiosas sin formación profesional en salud y de enfermeras empíricas.

Las profesiones paramédicas, los diagnósticos mediante exámenes de laboratorio, las altas técnicas quirúrgicas y médicas, apenas empezaba. Bogotá por ejemplo contaba con 350.000 habitantes y la demanda de sesiones era baja. Para esos gobiernos de entonces los presupuestos de los hospitales no constituían difíciles manejos financieros, porque los gastos de operación eran exigüos y prevalecía el concepto de " Medicina de Caridad".

Luego con el avance vertiginoso de la ciencia, Colombia entró en la época de la medicina moderna, pero el manejo organizacional y económico de estos centros continuó en la órbita del pequeño mundo de los "Hospitales de Caridad" con cambios muy lentos que no se compadecían con el avance y las nuevas técnicas de los profesionales vinculados a la salud. Pronto aparecieron las profesiones paramédicas, auxiliares y pronto la práctica profesional alcanzó dimensiones desconocidas, los costos se hicieron infinitamente más altos y con complejidades de manejo, para lo cual la estructura básica hospitalaria no estaba preparada.

La historia reciente de los hospitales en Colombia nos deja una amarga lección: la gran dificultad que hay en el país para manejar correctamente las empresas estatales que tienen alguna complejidad. La falta de planeación dió paso durante varios años a la improvisación. Todavía en algunos hospitales no se lleva una contabilidad de costos, ni los suministros se manejan por sistemas que eviten el despilfarro.

3.3.4. FACTORES QUE EXPLICAN EL PROBLEMA HOSPITALARIO.

1. La improvisación en la administración
2. El exceso de demanda de servicios
3. El clima laboral y la inconformidad estudiantil
4. El aumento desproporcionado de los costos de operación.

3.6 POLITICAS DE SALUD.

Formular una política debe anteceder a cualquier actividad racional, pues constituye un marco orientador y de referencia, taxativo en la mayoría de las veces, capaz de generar acciones posibles de ejecutar y situaciones probables de alcanzar .

La políticas se basan o se fundamentan en el conocimiento de la situación de salud que en tal momento existía en el país en cuanto a estado de salud de la población y sus problemas más relevantes. Entonces se tuvo en cuenta los 14 problemas anotados en el diagnóstico de salud y esto llevó al gobierno a la definición de las siguientes políticas:

1. Convertir el sector en un instrumento de progreso social para lograr el más alto grado de salud que sea compatible con el nivel de desarrollo de la comunidad, eliminando las desigualdades y facilitando el acceso de todos los habitantes a los servicios de salud.
2. Utilizar el sistema y el plan nacional de salud para incrementar los servicios a todos los grupos de población, con preferencia a personas domiciliadas en áreas rurales, a las que forman las poblaciones marginadas de las ciudades y a la población inaccesible.
3. Regionalizar la atención de la salud en el país, dentro de los criterios de descentralización política; descentralización administrativa fortaleciendo el concepto de "Hospital" como unidad básica de cada nivel regional y lo-

cal para brindar servicios igualitarios permanentes y oportunos.

4. Promover el desarrollo del Sistema Nacional de Salud - que comprende todas las instituciones y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, reciban o no aportes del tesoro público en cualquiera de los niveles nacional, departamental o municipal.
5. Incorporar en un Plan Nacional de Salud único las entidades adscritas y vinculadas, en forma que todas se coordinen adecuadamente para realizar armonica y ordenadamente la política adoptada por el gobierno.
6. Establecer control y vigilancia a los recursos que se dediquen a la salud para lograr los objetivos del Plan Nacional de Salud.
7. Determinar todos los recursos de origen externo y que sean canalizados por el estado y dedicados exclusivamente a programas de salud, y los adicionados por el gobierno al financiamiento de los programas prioritarios que se determinen en el desarrollo del Plan Nacional de Salud.
8. Los programas prioritarios se determinan en función del riesgo que afronta la comunidad dando prioridad a los grupos de población con mayor proporción de meonores de quince años; al nucleo materno infantil y al nucleo laboral.

9. Fortalecer los programas de infraestructura necesarios para la realización de los programas y actividades correspondientes a los servicios de salud.
10. Orientar la formación, adiestramiento y capacitación de los recursos humanos para formar equipos multidisciplinarios, personal técnico, auxiliar, adecuando el número de profesionales a las necesidades del país.
11. Que todos los trabajadores de la salud se incorporen a un estatuto único de personal, en la medida que las características de cada entidad lo permitan.
12. Participación activa de la comunidad en la definición, ejecución y evaluación de los programas y actividades comprendidas en el plan Nacional de Salud.
13. Atender a la conservación y mejoramiento de un medio ambiente satisfactorio para la vida humana, realizar acciones sobre la ecología en colaboración con los sectores relacionados.
14. Armonizar la relación de la política nacional de salud con el contenido de las respectivas políticas de los diferentes sectores, para lograr mejor contribución a desarrollo económico y social del país.

3.7 IMPLANTACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La implantación del Sistema Nacional de Salud y colocarlo en una orbita que facilite su desarrollo que es la fase

más delicada del proceso que se analiza.

La implantación del sistema conlleva aun cambio de circunstancias culturales, económicas y sociales y demandan la utilización de tacticas para sortear situaciones dificiles.

La implantación del Sistema implica, implantar un nuevo orden en las acciones de salud precisa realización de tareas y actividades como:

- a. Revisión concreta de la situación de salud del país y diagnóstico actualizado del sector.
- b. Definición de políticas dentro de un claro contrato social.
- c. Estudio y analisis de la legislación de sistemas.
- d. Enfoque de lateoría de sistemas y su aplicación concreta para el caso concreto de Colombia, para llegar, dentro del campo juridico, a la definición de estructuras normativas, organicas e institucionales del sistema, así, como la de grandes servicios de atención a las personas y al medio ambiente.
- e. Elaboración de un plan Naconal de Salud que sirviera de instrumento al sistema, para que pudiera asegurar su dinamica y desenvilvimiento.
- f. Elaboración de un sistema de evaluación que sirviera feedbak o retroalimentador al sistema para promover su desarrollo.
- g. Identificaición de mecanismos que permitan obtener recursos adicionales que hicieran factible la implanta-

ción del sistema y la ejecución de l programas.

- h. Otras acciones divercificadas colaterales, de diferente indole, son analizadas separadamente.

3.8. ANALISIS DE LA LEGISLACION EXISTENTE.

El contexto legal en el cual se registran los decretos y leyes aparecio en abril de 1.974, estos fueron producidos por el gobierno anterior.

Estos decretos leyes fueron los siguientes:

- a. Decreto 05611975 por medio del cual se establese la - organización básica y dirección del sistema. Este decreto define y orienta la estructura organizacional de manera concreta y nitida sin dar lugar a confuciones - o interpretaciones equivocadas.
- b. Decreto 350 de marzo 4 del 75. determina la organiza - ción y funcionamientode los servicios seccionales de salud y de las unidades regionales.
- c. Decreto 356 del 75 introduce la figura jurídica de ads-cripción y vinculación para clarificar el régimen de relaciones entre el Sistema Nacional de Salud y las instituciones públicas o privadas del sector.
- d. Decreto 694 de abril 4 de 1.975 legisla el estatuto de - personal para el Sistema Nacional de Salud
- e. Decreto 526 de abril del 75 legisla sobre el ordenamiento de los subsistemas.

f. Decreto 121 del 76. Reestructuración y reorganización del Ministerio de salud.

Analizadas estas bases legales del Sistema Nacional de Salud, creemos que hemos llevado una información no profunda pero si detallada del Sistema Nacional de Salud en lo que respecta a identificación, descripción y analisis.

CAPITULO II.

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD.

2.1 LOCALIZACION.

Son agentes administrativos que tienen una función normativa, orientadora, asesora y controladora de los planes y servicios que se hacen a través de las unidades - seccionales y locales.

Este servicio se encuentra localizado en la carrera 14 No 53 - 80 de la ciudad de Bogotá. Tiene una casa contigua al bloque principal denominado número uno.

En la oficina 401 funciona la seccional de salud oral; la oficina del jefe de salud oral, jefatura de división de atención médica y jefatura de secciones de salud mental.

2.2 ORGANIZACION.

Dentro de la constante sistematización que le corresponde a los servicios seccionales de salud, como segundo

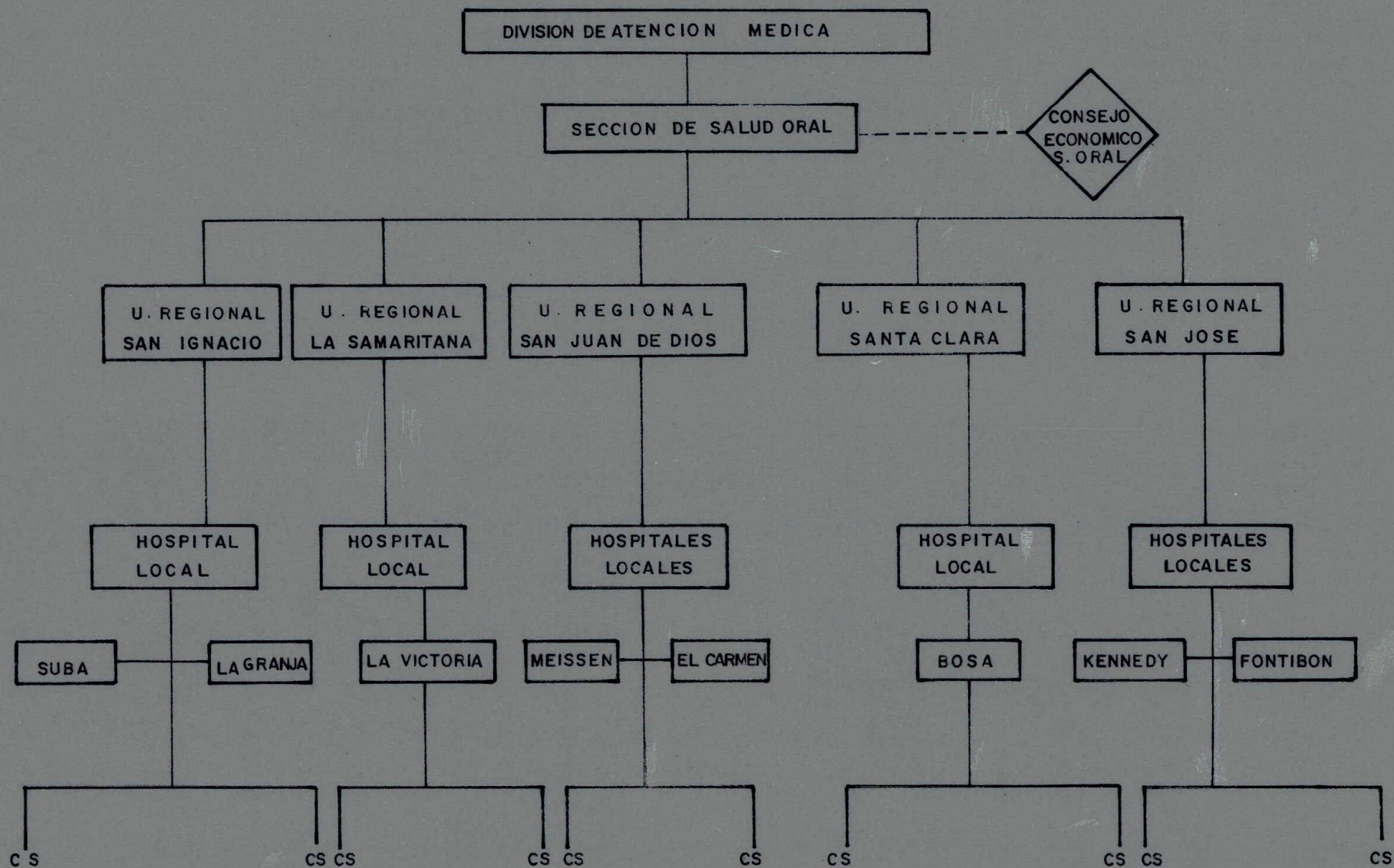
nivel en referencia a la aplicación de la matriz general al sistema nacional de salud, se reproducen los 4 niveles básicos de la misma, acogiendo los seis grados de autoridad recogidos de la siguiente forma:

NIVEL	SERVICIO SECCIONAL DE SALUD
1. Dirección	Junta seccional de salud Jefatura de servicios
2. Sistematización	Coordinación técnica
3. Programación	Divisiones.
4. Ejecución.	Secciones Gupos

El primer nivel de dirección integradora, está conformado por la junta seccional de salud y la jefatura de servicios que garantizan el cumplimiento de las políticas nacionales, adaptandolas y adoptandolas a las características propias del servicio, orientando el servicio del sistema y de los respectivos planes seccionales.

En el segundo nivel está ubicado la coordinación técnica cuyo objetivo es la sistematización del diagnóstico de la situación de salud a nivel seccional, a partir de los diagnósticos parciales provenientes de las unidades regionales, por área de servicio integrandolas en una

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA ORGANIGRAMA DE SALUD ORAL
1982



problemática global e instrumentando las directrices de los respectivos planes; coordinando a la vez la realización del nivel seccional mediante la asistencia técnica correspondiente.

El tercer nivel corresponde a las divisiones cuyo objetivo es la determinación de programas para sistematización de servicios, asegurando la programación uniforme tanto en las áreas de atención directa como las de infraestructura. Además le corresponde consolidar los programas propios de servicio con los de las unidades regionales y establecer mecanismos de supervisión de sus desarrollos.

El cuarto nivel está conformado por 2 subniveles que corresponden a las secciones y a los grupos. Estos últimos se denominan para algunos servicios de acuerdo a la complejidad necesidades y recursos de los mismos. Este nivel tiene como objetivo implementar la sistematización por áreas, es decir, la elaboración de sistemas y modelos técnicos de combinación de recursos para la presentación de servicios por áreas asesorando y supervizando los programas de las unidades regionales.

2.3 OBJETIVOS Y FUNCIONES INSTITUCIONALES.

2.3.1. OBJETIVO GENERAL.

Integral mediante servicios seccionales de salud la presentación de los servicios para la prevención, promoción, mantenimiento y evolución de la salud de la población del área departamental, distrital, comisarial o intendencial; sistematizando los servicios de atención a las personas, de atención al medio y a la infraestructura del apoyo a las anteriores a través de la planeación, la coordinación y el control de los servicios descritos de tal forma que permita la fiel aplicación de las políticas emanadas del nivel nacional en referencia a las condiciones específicas de su jurisdicción.

2.3.2. OBJETIVOS SUBSIDIARIOS.

2.3.2.1. OBJETIVO DE OPERACION.

Instrumentar las políticas nacionales de salud a través de los planes, programas y presupuestos que las adapten a las circunstancias de la realidad seccional y del establecimiento de mecanismos de coordinación de la operación a nivel regional y el de supervisión y auditorías administrativa y médica de las entidades y organismos que operan en la jurisdicción y de evaluación de resultados con que analizar y auxiliar la actuación comunitaria fren-

te a las necesidades de salud a nivel seccional.

2.3.2.2. OBJETIVO DE ORGANIZACION.

Establecer la estructura de organización básica para la activación de los planes y programas de salud en el nivel seccional, através de una dirección compartida entre la jefatura de servicio seccional y la junta seccional, con representación del gobierno, de la comunidad y de otros estamentos que directa o indirectamente prestan servicios de salud, y una coordinación y asesoria por parte de una junta coordinadora y los comites y concejos del nivel; en función de sustentar la operación armonica de las entidades adscritas y vinculadas a fin de compatibilizar los planes seccionales con las políticas y planes nacionales.

2.3.2.3. OBJETIVO DE INTEGRACION DE RECURSOS.

Desarrollar una infraestructura y administración que permita la distribución de los recursos a los servicios de atención a las personas y al medio en el área seccional, en base a la compatibilización a nivel regional y local de la determinación de necesidades y asignación de recursos de acuerdo a las áreas prioritarias, mediante la operación de sus sistemas establecidas al efecto

2.3.2.4. OBJETIVO DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Procurar el incremento de los recursos humanos a nivel seccional, mediante la creciente participación de la comunidad y de la implementación de los planes de formación y actualización de sistemas de administración del personal a nivel de su jurisdicción y a la mayor y menor cobertura de atención a las personas y el medio de acuerdo a las políticas y sistemas nacionales sobre personal, que produzcan mejoramiento de las condiciones de trabajo y remuneración.

2.3.2.5. OBJETIVO DE RELACIONAMIENTO.

Dar coherencia intrasectorialmente a la actividad de los organismos que operan a nivel seccional a través de la compatibilización de planes, programas y presupuesto dentro del marco de referencia del Plan Nacional de Salud; de supervisar la relación entre las unidades adcentas y vinculadas en los niveles regional y local, para llegar a una coordinación efectiva de la operación.

2.3.3. FUNCIONES

- 2.3.3.1 Adaptar a la política nacional de salud a las características de cada realidad seccional mediante la elaboración de los planes, programas y presupuestos seccionales,

y velar por el cumplimiento de sus contenidos en las unidades regionales de salud.

2.3.3.2. Analizar los planes seccionales y compatibilizarlos con las políticas nacionales; y analizar, compatibilizar, y aprobar los programas impuestos de las unidades regionales de salud.

2.3.3.3. Asesorar, coordinar y supervisar las unidades regionales y demás entidades públicas y privadas que actúan en el sector dentro de su jurisdicción dentro del cumplimiento de las disposiciones establecidas en cuanto prestación de los servicios, el ejercicio de las profesiones médicas y auxiliares, la producción, manejo y expendio de drogas y productos alimenticios, el funcionamiento de las instituciones y su administración.

2.3.3.4. Diseñar y aplicar procesos que garanticen la formación, adiestramiento y actualización del personal y la administración y utilización racional de los recursos humanos en donde la operación de servicios en la jurisdicción así lo exijan.

2.3.3.5. Establecer mecanismos de coordinación en los organismos y entre sus programas específicos, y promover la incorporación y la armónica relación de las entidades adscri-

tas y vinculadas dentro del sector, y con los organismos de otros sectores cuya acción repercuten en el campo de la salud para garantizar que los servicios se adecuen a la realidad seccional como una solución integral.

- 2.3.3.6. Establecer los mecanismos para la incorporación activa de todas las entidades adscritas y vinculadas de su jurisdicción a las subsistemas nacionales de planeación, programación, personal, información, inversión, suministro, investigación y los demás que se establezca

2.4. DESCRIPCION.

2.4.1. UBICACION DE LA POBLACION.

Bogotá D.E. capital de Colombia y de cundinamarca tiene una superficie de 1754 kilometros correspondiente a una meseta plana; rodeada de la cordillera oriental.

El Distrito Especial está compuesto por la ciudad de Bogotá y seis municipios que le fueron agregados: Usaquén, Suba, Fontibón, Engativa, Bosa y Usme. Bogotá cuenta con 6.500.000 habitantes, 625 barrios y tres ciudades intermedia; Kennedy con una población de 1.500.000 habitantes y que Bosa y Quirigua, diez puestos de salud nueve hospitales locales y seis

hospitales regionales. Es la arquidiócesis primada y el primer centro comercial del país. Es zona industrial y universitaria.

2.4.2. HIDROGRAFIA Y METEOROLOGIA.

Entre los principales ríos que recorre la ciudad encontramos: Bogotá, Tunjuelito, Sumapaz, Pilar San Juan, Santa Rosa y Tabaco.

Cuenta con dos embalses el Chizacá y la Regadera. Cuatro lagunas principales que son: el Negro, el Gato, Guaunque y Tibabuyes.

Se encuentran dos periodos estacionarios que son invierno y Verano; en el primero se encuentran índices de precipitaciones hasta de 30 m^2 que se presentan en el primer y tercer trimestre; mientras que en el segundo y cuarto trimestre se encuentran índices de lluvia hasta de 140 m^2 considerandose este el período de invierno.

2.4.3. HABITANTES.

Basados en censos recientes Bogotá cuenta con una población de 6'500.000 habitantes, siendo mayor el porcentaje de las mujeres con 53% y el de hombres 47% .

2.4.4. DIVISION ADMINISTRATIVA.

El D.E. de Bogotá está dividido en 18 alcaldías menores que son: Antonio Nariño, Barrios Unidos, Bosa, Ciudad

Kennedy, chapinero, Engativa, Fontibón, Martires, Puente Aranda, San Cristobal, Santa Fe, Suba, Teusaquillo, Tunjuelito, Usaquen, Usme, La Calendaria, Rafael Uribe.

2.4.5. DESARROLLO INDUSTRIAL.

Bogotá es la mayor ciudad industrial de Colombia, especialmente, en cuanto comestible, bebidas manufacturas.

A partir de 1951 se ha notado una expansión industrial siendo del período de 1953 a 1959 hubo un incremento del 65% anual.

Los empleados fabriles aumentaron del 199.116 a 328.280.826 o sea un 64%

2.4.5. DESARROLLO URBANISTICO.

Bogotá cuenta con tasas altas en cuanto a población migrante, quienes ubicaron en el centro de la ciudad. Las bases residenciales de los migrantes fueron San victorino, la Perseverancia, Las cruces y San Bernardo. Más tarde en barrios clandestinos y de invasión que actualmente están en la perisferia de la ciudadm incluyendo además las urbanizaciones piratas.

Con el aumento poblacional se ha producido un aumento de las urbanizaciones esto ha desencadenado en lista, inquilinatos, nacimientos, desempleos, demandas de servicios.

Definiciendosen así varias zona s en la ciudad:

- Zonas residenciales
- Zonas comerciales
- Zonas industriales
- Zonas que corresponden a tuburios.

2.4.7. SITUACION ECONOMICA.

2.4.7.1. POBLACION ACTIVA.

Se ah visto un crecimiento muy notorio en la población, la participación de la mujer ha hecho un aumento en forma creciente de la mano de obra.

La T.E.A. masculina ha disminuido mientras que la T.E.A. ha aumentado. Servicios económicos principales tenemos; srvicios, manufacturas, comerciales, finanzas y transportes

2.4.7.2. Distribución de T.E.A. distribución de la T.E.A. según grupos principales de agrupación.

2.4,7.2.1. Trabajadores operariosindustriales

2.4.7.2.2. Trabajadores de los servicios.

2.4.7.2.3. Personal administrativo.

2.4.7.2.4. Profesionales.

Siendo la mayor participación de trabajadores operarios industriales y trabajadores de los servicios.

2.4.8. ECOLOGIA.

Bogotá tiene una división muy definida en tres áreas - ~~zonas~~

- Zona Norte: con mejores condiciones que la zona sur la cual posee muy malas condiciones.

- Zona central: con buenas condiciones de infraestructura y alta estructura sanitaria y alta densidad de población.

2.4.9. SERVICIO DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.

A continuación se encuentra un esbozo sobre la forma en que los desarrollos de vivienda van logrando los servicios de acueducto y alcantarillado en la ciudad de Bogotá .
Existen dos modalidades

2.4.9.1. URBANIZACIONES LEGALES.

El urbanizador entrega en el momento de venta el desarrollo con todas sus obras de urbanismo, incluyendo las redes de acueducto y alcantarillado.

2.4.9.2. URBANIZACIONES PURAS O ASENTAMIENTOS ESPONTANEOS.

La comunidad durante un tiempo se mantiene carente de los servicios elementales, através de una organización

cívica o por interés de la administración estatal, se solicitan los servicios.

2.4.10. BASURAS

La entidad EDIS tiene como funciones principales la prestación del servicio de aseo en sus modalidades de

- Barrido (al municipio)
 - Recolección (residencial)
 - Recolección a mayores productores (industria y comercio),
- así mismo la EDIS tiene a su cargo la administración total y parcial:

- Plazas de mercado.
- Cementerios oficiales
- Servicio de matadero

Insuficiencia de equipos:

58 compactadores, 22 volquetas, 17 gruas, 2 remolques, 2 bulldozer, son insuficientes para recoger el ciento por ciento de las basuras producidas con el agravante de que este equipo se encuentra en mal estado avanzados en su deterioro, próximo a ser dado de baja física. Actualmente están ensamblando 100 vehículos nuevos.

Planta de mantenimiento preventivo al equipo: no existe infraestructura ni técnica ni personal ni locativa que garantice este equipo de trabajo.

Falta de publicidad en los servicios: la empresa EDIS no utiliza los medios de comunicación social para

lograr la correcta participación del usuario, el sistema de recolección y almacenamiento domiciliario .

Problemas de indole financiero:

De tarifas: en ~~evaluo~~ catastroal como base de cobro tarifario no se actualiza de acuerdo a las necesidades de la empresa y ha permanecido desde 1972.

Las proyecciones para el año 1985 muestran que la brecha entre los ingresos y gastos aumenta si las condiciones actuales se mantienen.

Si las actuales políticas de gobierno distrital con relación a la empresa no cambian su futuro inmediato es incierto y la recolección de basuras podemos decir que de saparecera.

El diagnóstico determino la no existencia en la empresa de una reglamentación en el área de aseo, que permita la prestación integral del servicio, armonicamente con la participación ciudadana.

2.4.11. CONTAMINACION ATMOSFERICA.

En bogotá, no se han pkanificado las zonas industriales y contamos con sectores industriales cerca a los residenciales y en sectores industriales se está permitiendo la ubicación de las zonas residenciales.

Bogotá se torna una ciudad industrial, cuenta en la actua-

lidad con mil industrias contaminadoras siendo las más problemáticas las fábricas de ladrillo, canteras, plantas de asfalto, fábricas de aceite, plantas de cemento, curtiembres y fábricas con calderas en mal funcionamiento. El programa de control a la contaminación atmosférica - requiere equipo que permita realizar mediciones y poder cuantificar el problema actual.

El control de la calidad del aire en Bogotá, se está realizando con cinco estaciones de muestreo ubicadas en: capitolio nacional, Instituto de Investigaciones Tecnológicas, centro de salud alcala, Licirera de Cundinamarca y bomberos; están mostrando parámetros indicativos de la contaminación tales como

- Anhídrido sulfuroso
- Corrosividad
- Polvo sedimentable
- Polvo en suspensión

Se registran datos en la Licorera de Cundinamarca que sobrepasan el límite permisible de un 100 lo que nos muestra la urgencia de realizar un programa que mejore la calidad del aire.

AÑO 2000: si la industria sigue creciendo sin planeación alguna ubicándose en cualquier sector, sin controles adecuados, es de esperar que en el año 2000 una alta tasa de mortalidad de enfermedades respiratorias y cancerígenas.

La industria debe ubicarse en sectores alejados de la ciudad con control de las emisiones atmosféricas permitiendo en la ciudad la llamada industria limpia, que no produzca contaminaciones.

Contaminación automotriz: uno de los factores que más índice en la contaminación es la producción de óxido de Carbono.

Año 2000: el incremento del parque automotor es altísimo y se puede predecir que en el año 2000 tendremos un parque automotor de 497.371 por lo menos.

2.4.12. ALIMENTOS.

Carnes: situación actual treinta kilos por año per capita.

Mataderos: existen cinco, tres frigoríficos de los cuales dos tienen licencia sanitaria vigente en el ministerio de salud y uno tiene licencia en trámite, hay dos mataderos uno de los cuales se halla en trámite de su licencia ante el ministerio de salud y el otro está en proceso y estudio de clausura. El estudio higiénico de estos es aceptable en su mayoría la capacidad real de sacrificios de estos mataderos es 3.620 cabezas diarias; encontrándose actualmente sobreutilizados en un 20% de capacidad real debido al cierre del matadero distrital.

Planchones clandestinos: existe aproximadamente unos 60 sitios de sacrificios clandestinos de reses, cerdos, chivos y caballos, los cuales se han cerrado en varias ocasiones sancionandose plenamente a sus propietarios sin resultados positivos reales hallandosen ubicados en su mayoría en zonas suburbanas del sector rural del Distrito Especial.

Control Sanitario: existe control eficiente, permanente y continuo a nivel de los cinco mataderos autorizados en el distrito Especial; a pesar de que se carece de personal y equipo ára ejercitarlo.

Año 2000: El consumo disminuira por sus altos costos incidiendo notoriamente tanto en el estado nutricional como en el sanitario general de la población.

Alimentos perecederos: verduras; estado actual de consumo de 80 gramos diarios per capita, 22 toneladas diarias de venta siendo el 70% de apio, el cual tiene mercadeo a nivel de San Andres Islas la costa y Centro América.

Especies: las especies mercaderes destinadas a plazas y supermercados.

Contaminación: se considera un total por ser regadas en su mayoría con aguas de desechos como el río Bogotá.

Zona de producción: Bosa, produce el 75% de verduras.

Control sanitario: precario actualmente ya que tan so-

lo se han hecho algunas investigaciones; se está efectuando un estudio técnico sobre la situación sanitaria de las verduras y sus manipulaciones.

Año 2000 : consumo; por ser poco aceptable el consumo de verduras a nivel de la población por su mínima idiosincracia, aunque se incrementa su producción higiénica, el consumo de estas, no llegara a consumos optimos internos, siendo este aumento en la producción posiblemente un aumento para la explotación. Quizá la participación comunitaria organizada pueda modificar esta situación.

Control sanitario: por educación a la misma población e higienización de las fuentes de riego y uso adecuado de las mismas, espera que su estado sanitario para tañ época sea optimo en conservación y manipulación, por lo cual se crearan cabas con capacidad adecuada con ese fin. Se incrementara también el control de Calidad en los distintos niveles de mercadeo y producción con el fin de mejorar la calidad desde el punto de vista bacteriológico.

Leches: situación actual; en la ciudad de Bogotá se consumen aproximadamente 1'800.000 botellas de leche que vienen de la ciudad de Bogotá y otros departamentos y 200.000 producidas en el distrito para un total de 2'000.000 de botellas diarias.

Con una población actual de 6'500.000 habitantes tenemos que el consumo per capita es de 0.5 botella día, lo que indica que existe un subconsumo de leche.

Año 2000: si el incremento de la producción de leche fuera igual a la tasa de crecimiento de la población tendríamos para el año 2000 un consumo de 8'000.000 de botellas diarias para 10'000'000 de habitantes.

Sin embargo con las políticas agropecuarias actuales la producción de leche no ha ido aumentando sino que decrece en un 7% anual.

Si estas políticas continúan y no se fomenta la ganadería de leche para el año 2000 no habrá producción de leche en cantidad significativa.

2.4.13. ZOONOSIO.

Rabia o hidrofobia: se efectúa la vacunación del 80% de transmisiones (perros - gatos) existe un perro por cada diez personas.

Se inició el programa de vigilancia epidemiológica que incluye las siguientes actividades:

- Investigación de contactos
- Observación de sospechosos
- Control de focos
- Seguimiento de positivos
- Realización de exámenes de laboratorio a todos los animales sospechosos.

- Se dispone de los recursos humanos y físicos para desarrollar la fase de mantenimiento en los animales jóvenes y adultos no inmunizados en la anterior campaña de vacunación masiva.

Con las anteriores actividades se ha logrado disminuir las tasas de mortalidad humanas y el número de vacunación en humanos.

2.5 FACTORES CONDICIONALES.

2.5.1. FACTORES INTRASECTORIALES.

2.5.1.1. Nivel de salud: el diagnóstico de la mortalidad es tomado de las enfermedades que con mayor frecuencia se encontraron en la población.
Causas principales de mortalidad en menores de un año fueron:

- Atención inadecuada en parto
- Enfermedades infecciosas, respiratorias y deshidratación; estas dos enfermedades se presentaron con más frecuencia por falta de dos factores importantes en términos generales como fueron prevención y atención.

Los riesgos a nivel de prevención son:

- Aguas impotables

- Ausencia de alcantarillado
- Vivienda en mal estado
- Ausencia de acueducto

Los riesgos a nivel de atencipon son:

- Dificil acceso de esta
- Mala calidad de ésta.

Causas principales de morbilidad en menores de un año.

- Neumonia
- Lesiones al nacer y afecciones anóxicas e hipóxicas
- Enteritis o enfermedades diarreicas
- Causa de muerte prenatal
- Anomalías congénitas

Causas principales de morbilidad de menores de 1 a 4 años.

- Infecciones respiratorias aguda en mayor porcentaje
- Enfermedades de aparato genitourinario en menor porcentaje

Causas de morbimortalidad de 1 a 4 años

- Anomalías congénitas.
- Neumonia
- Enteritis
- Enfermedades diarreicas
- Otros accidentes
- Sarampión

- Accidentes automotrices.

El mayor número de causas se presentó por neumonías.

Causas de mortalidad en grupos de 5 a 14 años:

- Accidentes vehículos motores
- Otros accidentes
- Tumores malignos
- Neumonías
- Otras enfermedades
- Enteritis o enfermedades diarreicas

El mayor número de causas se presentaron en accidentes vehículos - motores.

Causas de morbimortalidad en grupos de 5 a 14 años:

- Enfermedades de dientes y tejidos de sostén es la principal causa, se han hecho medidas preventivas, pero los resultados no han vislumbrado.

Causas de morbimortalidad en grupo de 5 a 14 años:

- Enfermedades geniteurinarias, está fué la principal causa, presentandose más el sexo femenino; ya que éste grupo es económicamente activo y los hombres en general tiene seguridad social.
- Estado morbozo, mal definidos; está ocupa el segundo lugar, y se caracterizan por ser mal diagnósticos.

Causas de mortalidad:

- Causas exteriores o lesiones donde se incluyen homicidios, muertes violentas, etc.

Factores riesgos: preventivo y atención; éste problema

es social debido al sub- empleo, condiciones infrahumanas de vida.

Causas de morbilidad y mortalidad en grupos de 15 y más años:

- Hipertensión con sus consecuencias cardiovasculares y cerebrovasculares.
- Tumores malignos

Factores - riesgos: stress, hábitos, alimentación, hábitos de fumar, falta de ejercicio, por ésta razón debe haber atención, prevención por falta del sector salud lo cual debe ser multisectorial.

Morbilidad hospitalaria:

- Una parte de los egresos hospitalarios están dados por partos y abortos, un 5% de amigdalitis, vegetación, adenoides, el resto está dado por diferentes enfermedades asignadas a los diferentes grupos de edades. Presentándose el mayor número de egreso por partos y abortos.

2.5.2 FACTORES EXTRASECTORIALES.

2.5.2.1. SERVICIO DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO.

Estos servicios se presentan en dos formas

2.5.2.1.1. Urbanizaciones legales, con sus respectivas re-

des de acueducto y alcantarillado.

2.5.2.1.2. Urbanizaciones piratas, carecen de éstos servicios, durante algún tiempo, luego le solicitan por medio de juntas comunales.

2.5.2.2. BASURAS.

Función realizada por la entidad EDIS se presta de la siguiente manera el servicio:

2.5.2.2.1. Narrido al municipio

2.5.2.2.2. Recolección a mayores productores de zonas industriales y comerciales.

2.5.2.2.3. Administración total y parcial de plazas de mercado.

2.5.2.2.4. Cementerios oficiales

2.5.2.2.5. Servicios de mataderos

Producción de basuras:

- Producción total de 3500 toneladas - día
- Recolección total 2250 toneladas - día
- Basuras sin recoger 1250 toneladas al día

Equipos:

58 compactadores

22 volquetas

17 gruas

2 remolques

2 bulldozers.

Estos elementos son insuficientes. Actualmente están ensamblando 100 vehículos nuevos.

2.5.2.3. CONTAMINACION AMBIENTAL.

Bogotá tiene zonas residenciales, industriales y éste no tiene control en la ubicación.

Cuenta actualmente con 1000 industrias contaminadoras siendo las más problemáticas en listas:

- Fabricantes de ladrillo.
- Canteras.
- Planta de asfalto.
- Fábrica de aceite.
- Planta de cemento.
- .- Curtiembre.

Fabricas con calderas en mal funcionamiento.

El control de calidad del aire se están realizando en cinco estaciones ubicadas en :

- Capitolio Nacional.
- Instituto de Investigaciones Tecnológicas.

- Centro de Salud alcalé.
- Licorera de Cundinamarca.
- Bomberos

2.5.2.4. ALIMENTOS PROCESADOS.

Actualmente las fábricas de alimentos están licenciadas, visitadas, controladas, higienizadas.

El resto están en proceso de licencia e higiene; sanción locativa y funcional.

2.5.2.5. VERDURAS.

Consumo actual 80 gramos per capita.

22 toneladas diarias de venta.

Distribución de especies.

Plazas supermercados y restaurantes.

La contaminación está marcada, ya que las aguas de riego son de desecho. Especialmente por las aguas del río Bogotá siendo bove el mayor productor de verduras.

La conservación e higienización; por la forma de manipulación en mercados, se hace más difíciles.

Se está realizando un estudio técnico de situación sanitaria sobre verduras y manipulación de ellas;

Leche: situación actual: los 65 millones de habitantes consumen aproximadamente 0.5 botellas por día por capita, indicando esto que hay un sub - consumo

de leche, si se tiene en cuenta que contamos con una producción de 2 millones de botellas diarias.

2.6 SISTEMA DE ATENCION.

Las instituciones que en la actualidad, prestan servicio de salud en Bogotá, se encuentran divididas en:

2.6.1. Instituciones asistenciales

2.6.2. Instituciones de seguridad social.

2.6.3. Instituciones privadas.

2.6.1. INSTITUCIONES ASISTENCIALES.

El servicio de salud de Bogotá, tiene 68 centros de salud y puestos de salud; 5 hospitales comunitarios, y 5 hospitales de sede regional.

Los hospitales locales comunitarios son:

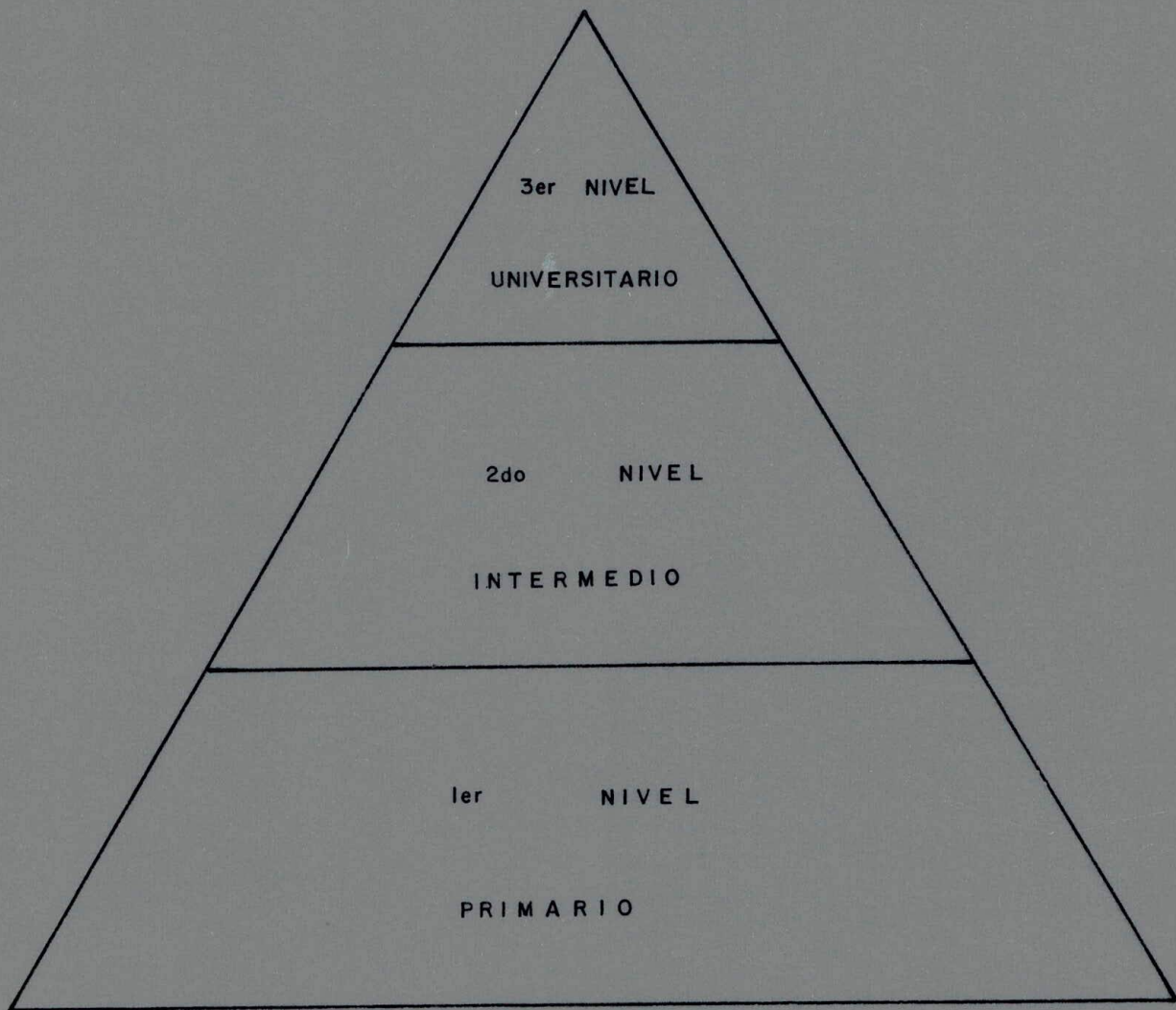
- Hospital local La Granja
- Hospital local Meissen
- Hospital local el Carmen.
- Hospital local Fontibon.
- Hospital local Bosa.

Los hospitales sede de la regional son:

- Hospital San Ignacio.

SECCION DE SALUD ORAL

NIVELES DE ATENCION



1o. Centros de Salud → 70

2o. Hospitales Locales.

San Juan de Dios	La Granja	Suba
San Ignacio	La Victoria	Meissen
Cundinamarca	El Carmen	Bravo Páez
Bosa	Las Cruces	Fontibón

En implantación El Guavio - Kennedy (CS)

3o. Hospital Distrital de Norte, Hospital Kennedy - 2

- Hospital la Samaritana.
- Hospital San Juan de Dios.
- Hospital Santa Clara.
- Hospital San José

5 hospitales sede de regionales

A. hospitales comunitarios:

- Hospital local la Granja
- Hospital Local Meissen.
- Hospital local el Carmen
- Hospital local Fontibon
- Hospital local Bosa

Hospitales sede regional.

- Hospital San Ignacio.
- Hospital la Samaritana.
- Hospital San Juan de Dios.
- Hospital Santa Clara.
- Hospital San José.

B. Instituciones adscritas:

- Hospital la Samaritana.
- Hospital Santa Clara
- Instituto Nacional de Cancerología.

A estas instituciones se les financia, en instalación, dotación y personal.

C. Instituciones vinculadas:

- Hospital de la Misericordia.

- Hospital de San Juan de Dios.
- Hospital Lorencita Villegas de Santos.
- Hospital San José.
- Hospital San Ignacio.
- Instituto Fraklyn Delano Roosevelt.
- Clinica San Rafael.
- Instituto neurológico de Colombia.
- Fundación Shaio.
- Hospital vecinal de Suba.
- Clínica MOrerrat,
- Clínica San Juan Bosco
- Centro Asistencial Adriana Perdomo.

Otras instituciones que reciben aportes del servicio son:

- Fundación prometeo.
- Liga Antituberculosa Colombiana.
- Instituto de adapatación laboral. IDEAL.
- Centro de rehabilitación de Adultos Ciegos.
- Fundación cardio- infantil.
- Fundar.
- Liga Colombiana Lucha Contra el Cáncer.
- Fundacuón para la Educación especial. FE
- Cenrtro de rehabilitación y educación SM de la providencia.
- PROPACE.
- Clínica Fray Bartolome de las Casas

2.6.2. INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.

El gobierno ha establecido la seguridad social, a través de las instituciones descentralizadas de atención, cuyos principales organismos son: la Caja Nacional de Previsión social de Bogotá, a nivel del Distrito Especial; el Instituto de Seguros Sociales, Las Cajas de Compensación y las Instituciones Hospitalarias de la Defensa Nacional.

CAJA NACIONAL.

A la caja Nacional se encuentran afiliados 219.963 empleados oficiales de los cuales a Bogotá pertenecen 61.688 para la atención de éstos afiliados existen 204 médicos de consulta Externa tanto general como especializados contratados 8 horas diarias cada una y 157 en atención hospitalaria estos últimos distribuidos así.

- Cirugía.....	56
- Medicina.....	35
- Pediatría.....	21
- Gineco - obstetricia.....	18
- Anestesiología.....	18
- Psiquiatria.....	9

Para la atención de algunos casos se cuenta con especialistas contratados que acuden cuando la gravedad del caso lo amerita.

La clínica de La Caja Nacional posee 253 camas, con

un índice ocupacional del 75%; distribuidos así:

- Cirugía y sus especialidades.....	120
- Mediano interna.....	62
- Gineco - obstetricia.....	45
- Psiquiatria.....	10
- Pediatría.....	8
- Cuidados intensivos.....	8

CAJA DISTRITAL.

A la caja distrital se encuentran afiliados 180.000 empleados, para su atención cuentan con 185 médicos hospitalarios, distribuidos en los servicios de pediatría obstetricia, medicina interna, cirugía y cuidados intensivos.

La clínica de La Caja Distrital cuenta con 184 camas, con un índice ocupacional de 74%.

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES.

El seguro cubre actualmente una población de 728.945 aliados y beneficiarios, los recursos humanos del seguro se encuentran distribuidos en la siguiente forma:

PROFESIONALES	NUMEROS	HORAS CONTRATADOS
Médicos generales.....	477.....	2.237
Odontólogos	350.....	1.379
Directores.....	60.....	442
Otros especialistas....	721.....	4.623
TOTAL.....	1.606.....	8.381

PERSONAL PARAMEDICO NUMERO HORAS CONTRATADAS

Bacteriologos.....137.....1.088

Terapistas.....80.....524

Instrumentadoras.....52.....416

Enfermeras.....156.....1.248

Otras auxiliares...1.684.....8.472

TOTAL.....2.109.....16.748

Para desarrollar sus actividades hospitalarias, el seguro posee camas discriminadas así:

- Medicina interna.....389

- Cirugía.....352

- Gineco - obstetricia.....297

- Pediatría.....237

- Otros especialistas.....409

TOTAL.....1.684

Del total de estas camas, 977 son propias , 707 contratadas.

Las instalaciones propias del seguro son la clínica San Pedro Claver, La clínica Pediatría Jorge Bejarano, el edificio dudecom (administración) y los dispensarios - Central, Chapinero, Comercial Bancario, Tunjuelito, Muña y consultorio de medicina deportiva, los demás dispensarios se encuentran en clauda de arrendamiento.

Por otra parte posee 72 consultorios localizados en empresas.

De acuerdo con la reestructuración del instituto la ejecución de los programas de prestación de servicios estara a cargo de las cuatro unidades programáticas locales; se intentará descentralizar la prestación de los servicios médicos mediante la creación De Unidades periféricas de Atención Ambulatoria a nivel intermedio.

Las unidades programativas serán las siguientes:

1. Centro: desde la avenida 38 al oriente, entre la calle 53 y la avenida primera.
2. Norte: todo el norte desde la calle 53 y la autopista el dorado.
3. Sur. Todo el sur desde la calle primera y la avenida primero de mayo.
4. Occidente: comprende la parte occidental de la ciudad entre la avenida primero de mayo y la calle 53 desde la carrera 30.

Las unidades se caracterizarán por tener una estructura administrativa y asistencial, encargada de organizar, ejecutar y controlar la prestación de servicios de salud básicos y especializados que presta el instituto directamente a través del conjunto de centros de Atención, e indirectamente por medio de

la contratación de servicios.

Para el cumplimiento a corto plazo se proyecta, en cada de las unidades, la construcción de dispensarios para el nivel básico y de Hospitales Generales para el nivel intermedio.

A largo plazo se contempla para Bogotá la extensión de los servicios para los familiares de los afiliados, se calculan que la cobertura actual es del 15.3% y llegará a 56%.

CAJA DE COMPENSACION.

Existen en Bogotá varias cajas de Compensación Familiar que prestan servicios de salud a sus afiliados y además tienen otros programas como cooperativismo y recreación.

Las principales Cajas de Compensación son las de Colsubsidio, Cafam, Comfenalco, Indufamiliar, Compesar; existen otras como Afidro y Acopi, que actualmente - están en desarrollo a fin de dar mejor atención a sus afiliados.

El número total de afiliados de Colsubsidio, Cafam y Comfenalco es de 360.448 ; el de médicos es 150, el de odontólogos es de 99. Los consultorios médicos durante el año de 1978 en las cajas ascendieron a 140.060 y las consultas odontológicas llegaron a 338.250.

2.6.4 INSTITUCIONES PRIVADAS.

El total é instituciones privadas es de 419.

Ejercicio individual: la gran mayoría de los médicos particulares generales especialistas trabajan en las horas que le deje libre su contratación con algunas entidades oficiales o privadas. Se observa una tendencia a realizar esta actividad en las horas de la tarde o de la noche.

El número aproximado de médicos que ejercen la medicina privada es de 2.000. La forma como realizan esta actividad se puede resumir así:

- Ejercicio privado individual.
- En asocio con otros de la misma especialidad.
- En asocio con otros médicos de diferentes especialidades
- En asocio con otros profesionales.
- Vinculados a entidades hospitalarias privadas.

Existen dos modalidades de contratación pregado de servicios individuales o globales. La primera modalidad se refiere al control de la gestación atención de parto con inclusión o no de servicios de hospitalización, y la segunda hace parte a la protección familiar para las diferentes necesidades en forma progresiva, según el caso..

El número de camas disponibles en Bogotá es de 6.917, divididas en dos grandes grupos:

- Asistenciales

- Pensionados.

Por otra parte la prestación de servicios por instituciones en la actualidad es:

- Asistenciales.....60%

- IS y Cajas15%

- Inaccesible.....25%

- Privado.....10%

Para el año 2000 se prevee la siguiente situación:

- Asistenciales.....20%

- ISS y Cajas.....70%

- Inaccesible..... 5%

- Privado..... 5%

Para los proximis años se prevee de vista institucional, un desarrollo en los siguientes puntos.

- Adecuación de los hospitales locales, apliándoles para lograr una capacidad de 100 camas.

- Construcción del hospital de Kennedy, con capacidad de 400 camas.

- Confirmación de centros de salud con consulta especializada.

- Predominio de atención domiciliaria a través de la disminución de la permanencia hosítalaria. Esto disminuira los rquisitos por mil.

2.6.5 RECURSO HUMANO.

Las personas vinculadas en el país al sector oficial directo son 55.875; Bogotá posee 8.347 lo que corresponde al 14.94% del total.

Las personas con preparación del nivel profesional representa el 13.5% (7528 personas). A Bogotá corresponde el 19.77% de ellos (1.489) o sea la mayor concentración en relación a la población total de vinculados; el porcentaje asciende a 17.83%.

De los 1942 licenciados del país, 514 se encuentran ubicados en Bogotá, representando un 26.46% del total.

Por otra parte en relación al número global, de personas vinculadas al sector oficial de Bogotá, corresponde al 6.15%.

La concentración de técnicos (superior y medio) corresponde al 29.52% del total del país, sin embargo en relación a la población vinculada al sector oficoal en Bogotá, unicamente alcanza al 4.18% de esta.

Las personas con preparación a nivel de perito, en Bogotá son 159 o sea 1.9% de la población vinculada en la ciudad y 9.18% de la del país.

El personal con preparación a nivel auxiliar en Bogotá asciende al 21.38% del vinculado al país y al 27.81% del número global de personas en la ciudad.

De los 32.142 personas adiestradas en servicios, la seccional posee 3.349, o sea el 10.41% que a su vez corresponde al 40 - 12 de la de Bogotá.

De los 5.951 médicos vinculados al sector oficial directo en el país, en Bogotá se encuentran ubicados 1266, correspondientes a un porcentaje de 21.27%; por otra parte, el sector cuenta con 936 especialistas que a su vez son el 32.03% del total del país, y con 330 médicos generales que corresponden al 11.0% del total de las otras seccionales.

Es de hacer notar el número elevado de pediátras vinculados 192, que son el 20.5% del total de especialistas en la ciudad.

Al comparar el número de especialistas del servicio directo con los de servicio indirecto, se observa que estos últimos corresponden al 18.69% del total de especialistas y al 13.82% del total de médicos vinculados al sector oficial en Bogotá.

2.7 FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTÁ.

Los aportes financieros del estado y de la comunidad para la movilización de los importantes recursos humanos y físicos del Sistema Nacional de Salud, constituye el pilar de la infraestructura de apoyo para la presentación del servicio a las personas, la realización de acciones sobre el medio ambiente y su eficiente administración.

Los fondos canalizados por el ministerio de Salud, sus instituciones descentralizadas y los servicios seccionales de

salud durante el periodo de 1975 y 1978 ascienden a la cantidad de \$35.077 millones variando de \$6.598.4 millones en 1975. a 11.186.1 en 1978 para un incremento de 69.5% esto está a nivel nacional. A

A nivel distrital el sitadio fiscal constituye una de las principales fuentes de financiación en el servicio de salud de Bogotá. Sin embargo su participación activa en el financiamiento de gastos podría ser superior debido a que hay una apropiación en razón a los incrementos actuales y aún no se ha sometido a un ajuste a los porcentajes de crecimiento que permite la ley. Como tampoco se ha tomado la fase para la distribución del sitado fiscal poblacional, que impide a nivel interregional una asignación de recursos más eficientes.

La participación del sitado fiscal del servicio de salud de Bogotá con relación al presupuesto nacional es muy bajo y decreciente año tras año, no alcanzando así a cubrir las mínimas necesidades hospitalarias, por lo cual vale la pena analizar y evaluar las desproporciones presupuestales - e incrementales para otros sectores del estado, que no necesariamente tiene más prioridad que salud.

En cuanto a las fuentes de ingreso, su participación en salud deben ser ajustadas a una realidad, ya que en un futuro los servicios prestados por salud seran mayores debido al alta tasa de incremento poblacional, como también a la incidencia que tienen los constos hospitalarios que son

cada vez mayores. Según la aplicación de fondos su mayor parte va destinada a la prestación de servicios hospitalarios como también a las entidades de beneficencia más necesitada, perteneciente al distrito especial de Bogotá. Los gastos aumentan año por año, esto sin tener en cuenta a la población a la cual va encaminada lo cual tiene un incremento de 6%. Además, los costos hospitalarios tienen un promedio anual de crecimiento, así:

- Servicios personales.....	36.78%
- Suministros.....	34.91%
- Gastos generales.....	38.12%

Además estos porcentajes deben ser reajustados anualmente a causa de :

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

Sobre el origen de los fondos, el rubro de ingreso correspondiente a la venta de servicios año tras año ha venido incrementándose debido a la falta de financiamiento adecuado, de la estructura de egresos lo cual hace ver la necesidad de planear medios que impidan aumentar la inaccesibilidad a los servicios de salud de un gran porcentaje de la población de escasos recursos.

Por lo tanto, si se mantiene la actual situación de distribución del presupuesto nacional con respecto al sector salud,

devido a la sofisticada tecnologia que los paises desarrolados han ido creando en forma muchas veces inecesarias; día a día la estructura laboral de los grupos de salud ha ido presionando en cuanto a remuneración y al regimen prestacional; Lo anterior, como ya lo habiamos anotado hace que el aporte de la comunidad para srecivir los servicios se incremente forzosamente, de tal forma, que se puedan garantizar ingresos que permitan los gastos fijos ya planteados. Cabe agregar que el futuro financiamiento de los servicios de salud de Bogotá se realizara a espensa de una seguridad social que garantise el ascenso de un alto porcentaje de la población, recibiendo atención médica con un sistema de pagos similar o igual al que actualmente tiene la seguridad social.

ES predecible también el incremento de las organizaciones privadas que en este momento existen, su proriación es cada, vez mayor, cubriendo apenas ciertos y determinados riesgos.

En caso de que los sistemas actuales de atención médica, no modifique la relación medico - paciente, hoy tan deteriorada y agilicen la prestación oportuna de dicho servicio que prevee también la formación de Caja de Compensación Familiar como organización empresarial directa, cosa que darian soluciones racionales y accesibles a las necesidades de la atención médica de Bogotá.

Las organizaciones privadas han ido adoptando soluciones racionales y eficiente, en ocasiones en base a costos elevados.

En conclusión si el estado no modifica estructuralmente la orientación de sus recursos la solución privada a las necesidades de salud, salud lo que prevaleciera en el próximo furturo.

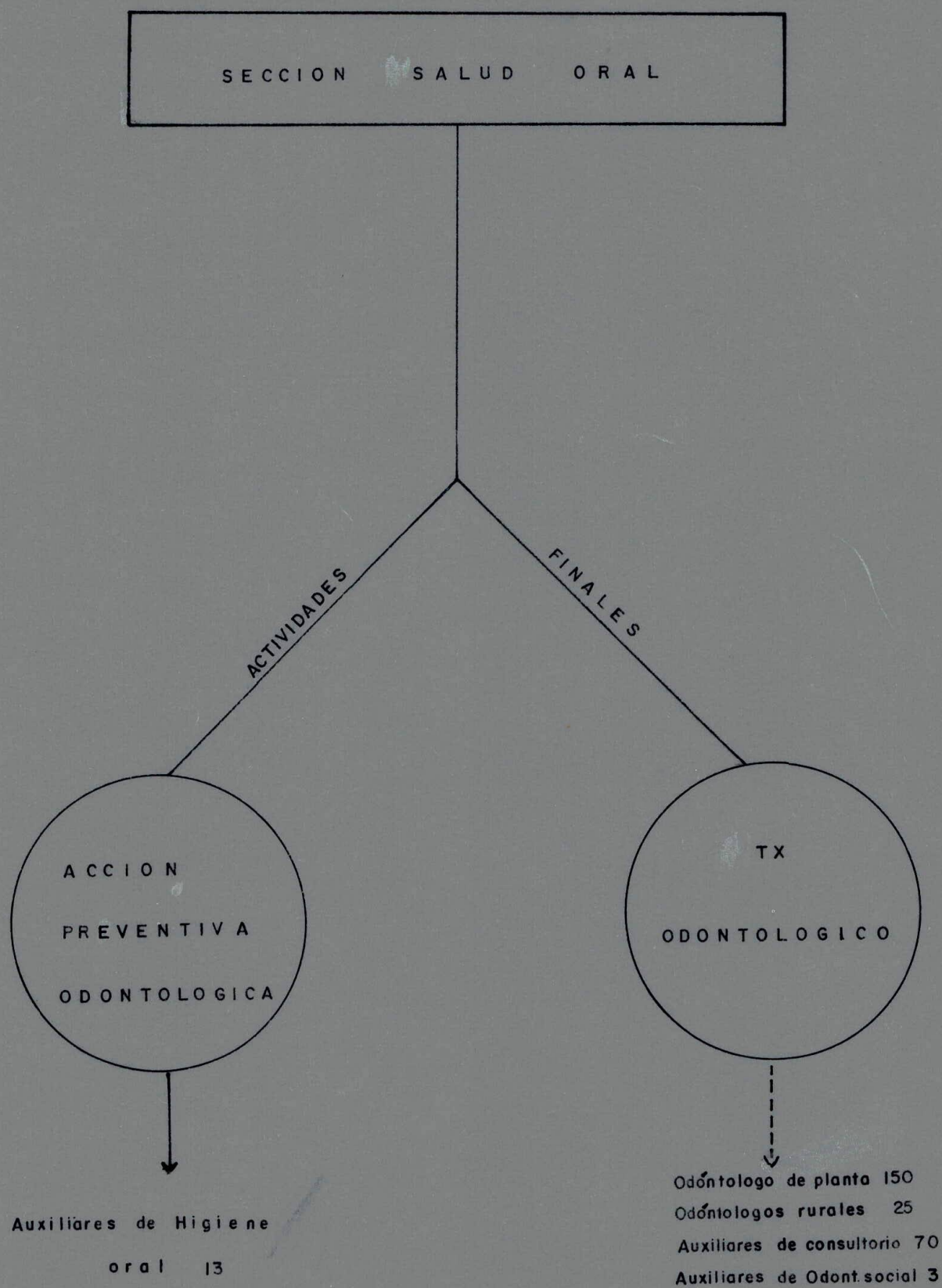
2.8 VIGILANÇIA Y CONTROL.

Con el fín de que se pudiera cumplirse eficientemente los objetivos de vigilancia y control de todas las normas que deben ser acogidas por la comunidad, por los profesionales de la salud, con todas las entidades que en sus actividades tienen que ver con la salud de la población y las instituciones que prestan servicios de salud, se forma una unidad como apoyo a la coordinación técnica, compuestas por las secciones de registro y de control de medicamentos , apoyada por el fondo rotatorio de estipefacinetes y de inspecciones legales.

Para el cumplimiento eficaz de estos propositos se requiere un apoyo permanente y sostenido de las áreas de atencuón a las personas, de atención al medio ambiente, para que en forma regionalizada y descentralizada practiquen de acuerdo con las observaciones en el terreno, los informes técnicos y así de acuerdo con ellos, a personas o entidades que transgredan las leyes o normas vi-

SECCION DE SALUD ORAL

ACTIVIDADES FINALES - Recursos Humanos



gentes, puedan imponer las sanciones previstas.

El quehacer de esta unidad se convierte en un apoyo muy activo para que las normas se sigan, pero requieren indispensablemente de los grupos técnicos q las diferentes áreas que evaluen e informen de la existencia de desviaciones en las normas respectivas y de la magnitud y de la gravedad de dichas desviaciones.

Con el fin de lograr estos propositos se han desarrollado y se encuentran en proceso las siguientes acciones:

- Expedición, renovación y revisión de las inscripciones de los profesionales y técnicos de las ciencias de salud, mediante la utilización de tarjetas de seguridad, con vigencia determinada para mayor control.

Profesionales inscritos:

- Médicos.....	5.830
- Odontólogos.....	1.350
- Enfermeras.....	234
- Bacteriologos.....	685
- Quimicas farmaceuticos.....	500
- Optometras graduados.....	193
- Médicos veterinarios.....	72
- Dentistas licenciados.....	340
- Mecánicos dentales.....	211
- Farmaceutas licenciados.....	540
- Vendedores de droguerías.....	464

Revisión y actualización de las inscripciones de todas las funerarias o agencias mortuarias con el fin de ejercer un adecuado control y evotar hechos delictivos y otros abusos. Actualmente existen 52 funerarias inscritas.

Se estableció un formato utilizando para la visita previa que requiere la inscripción de las instituciones que presentan servicios de salud, y se regionalizó y descentralizó la realización de dichas visitas con el fin de agilizar los respectivos trámites y disminuir los tiempos de inscripción.

Se ubicaron los químicos y los inspectores de farmacia a nivel de las unidades regionales con el fin de descentralizar las unidades de control de droguerías y de lograr una mayor eficiencia.

Se estudió y formalizó el funcionamiento del "Fondo Rotatorio de Estupefacientes" con sus bases legales; se presupuestó su planta de personal y sus servicios de manejo administrativo.

Se normalizó el establecimiento de turnos para que por lo menos 50 droguerías presten mensualmente servicio las 24 horas del servicio al día, distribuidas en tal forma que la población tenga fácil acceso a las mismas.

Como indicadores de estas realizaciones podemos enumerar algunas actividades en el último año:

Inscripciones de droguerías	871
Visitas a droguerías	2.005
Decomisos	71
Congelaciones	30
Libros registrados para droga de control	448
Autorizaciones a pacientes para adquisi- ción de drogas	5.698

Organización y definición de criterios y procedimiento de las inspecciones legales para que cumplan y hagan cumplir las disposiciones vigentes, imponiendo las sanciones pertinentes, mediante Resoluciones motivadas; en aquellos casos que lo ameriten se dá respectivo traslado a la justicia penal.

Establecimiento por primera vez de mecanismos de coordinación con el DAS, el F2, para ejercer las medidas de control efectivas, formulando las correspondientes denuncias a las personas que ejercen ilegalmente la medicina.

2.8.1. DESARROLLO INTERNO.

Es de esperar que en el futuro se fortalezcan estas funciones de vigilancia y control con la utilización de los computadores de tal manera que se tengan registradas:

- Todas las entidades que en su actividad tengan alguna relación con la salud de la población. Establecimiento igualmente las normas para un control periódico.

- Todas las instituciones públicas y privadas (con o sin ánimo de lucro), que prestan servicios de salud, determinan-

do su situación frente a las normas establecidas.

- Todos los profesionales y técnicos, con la información sobre la información sobre la información médica que realicen a fin de que con el análisis respectivo, se pueda establecer la responsabilidad civil y penal del ejercicio profesional.

Se deberá utilizar el sistema de comunicaciones para tener información inmediata de la transgresión de las normas establecidas, con el fin de sancionar a los responsables y evitar males mayores.

Los procedimientos legales deberán simplificarse al máximo con la utilización de la tecnología, para llegar a que las pruebas sean más objetivas y por lo tanto más contundentes. Habrá una información adecuada en toda la población para que conociendo sus derechos y los procedimientos que se deban seguir puede ésta denunciar a los infractores de las normas sanitarias de tal manera que se establezca respuesta pronta, oportuna y efectiva.

2.9 PERSONAL.

Con el fin de procurar la incorporación del personal más certificados garantizando igualdad de oportunidades para aquellos que llenen los respectivos requisitos, vinculándolos en razón al mérito de cada uno, manteniéndolo el desarrollo del personal vinculado, y buscando situaciones adecuadas cuando hallan alcanzado su etapa de retiro, se organizó el sis-

tema de personal con las áreas de clasificación de cargos y selección de personal, de registro y acciones de personal y de desarrollo y bienestar social, con funciones clasificados y conocedores del área respectiva.

Como actividades desarrolladas para ir logrando el objetivo propuesto se pueden destacar:

- Conformación de Grupo de Selección-, el cual tiene desarrollo de acciones para tecnificar la vinculación de los funcionarios, de tal manera que brindando igualdad de oportunidades esto se haga a los más capaces y más honestos.

Se han realizado concursos para 40 clases de cargos, a los cuales se han inscrito 1.050 aspirantes, aplicándose 727 pruebas de aptitud General y 657 pruebas de conocimientos específicos; se han efectuado 417 entrevistas y se han llenado 261 vacantes. La selección se ha efectuado aún en los cargos llamados de confianza o de especial responsabilidad, con las jefaturas de unidad, de división, de sección, etc.

Los procesos se adelantaron inicialmente en forma centralizada; pero se busca realizarla en regionales con la participación de funcionarios de éste nivel, para lo cual se han adelantado las de los médicos directores de Centros; los médicos consultantes, las enfermeras, manteniendo las normas y una orientación unificada de acuerdo con el espíritu del decreto que estableció el estatuto del personal.

Se reestructuró la Planta de Personal de la Secretaría de Salud, como dependencia distrital, siguiendo las modificaciones

que planteaba la reestructura organica de la Sede y ubicando al personal según el programa de cada unidad regional. Esta estructura así planteada por Regionales no habpia podido lograrse anteriormente a pesar de varios intentos que se habían hecho.

Se logró un incremento de 37 nuevos cargos para una suma de \$ 2.312.160 mensuales y un total de \$ 27.745.920 por año, para un total de 1.901 funcionarios al año. Esta cifra incluye el incremento mensual salarial.

Igualmente se alaboró la planta de Personal de Servicios Seccional de Salud, pero apiyo el complemento de la Secretaria de salud en la cual se logró un incremento de 211 cargos por un valor de \$1.099.393 mensuales y un total de \$13.192.720 - anuales, para un total de 515 funcionarios.

Estos incrementos, cabe resaltar, la incorporación de 120 promotoras de salud de tiempo completo, el personal necesario para el programa de salud mental, y para la ampliación de la consulta ambulatoria y de urgencias en las cinco unidades regionales, lo mismo que para el funcionamiento de los nuevos policlínicos y para la organización y puesta en marcha de los hospitales del norte, la Victoria y Servitá.

Se inició la primer técnica con criterios definidos a 75 funcionarios, teniendo en cuenta criterios de capacitación, experiencia y desempeño en el trabajo, con el fin de atraer p personal más calificado a ocupar los cargos del servicio de

salud de Bogotá.

Se actualizan con base en las fotocopias de la documentación existente en el Departamento de Relaciones Laborales, las carperas de los funcionarios y se folian los documentos, sirviendo para la actualización del kárdex del personal, se adaptan las medidas de seguridad adecuadas para su activo sistematizado.

Se incorporan al computador los datos básicos de las hojas de vida de los funcionarios, tanto de la Secretaría de Salud como de los servicios de Salud.

Se implantó la liquidación de cesantías y quinquenios para el personal nombrado por el Servicio de salud de Bogotá. Se liquidó el tiempo de trabajo nocturno a las auxiliares de enfermería de IV, el cual se les adeudaba desde 1.974 hasta la fecha. Se sistematiza de la nómina, de persona del servicio de Salud, en el computador y se inicia la elaboración de los respectivos cheque en el mismo, para el pago del salario.

Se establece y se elaboran los procedimientos para la administración del personal, definiendo las diferentes situaciones administrativas y el régimen disciplinario.

Se adelantó el estudio de aquellos que tienen tiempo de jubilación y de retiro, con el objeto de gestionar ante la Caja de Previsión del Distrito, a fin de que se les defina la situación.

Se gestionó ante Favidi la asignación de diez casas a funcionarios de la Secretaría de Salud.

Se programaron y ejecutaron cursos de contabilidad general secretariado general, primeros auxilios, secretariados de ejecutivos y control de calidad en el flujo de documentos. Se asignaron 28 becas de estudio para hijos de funcionarios en colegios de bachillerato distritales.

Se logró la afiliación del servicio de Salud a prosocial, lo cual permite que muchos de los funcionarios estén disfrutando de los beneficios que ésta trae.

Se promueve la recuperación de la casa de los artistas con el fin de organizar el club de empleados del servicio de Salud de Bogotá.

2.9.1 DESARROLLO FUTURO.

Con el fin de lograr altos grados de eficiencia, deberá promoverse una técnica de agil clasificación de cargos, que permita tener información oportuna para:

- Diseñar y establecer, sistemas de selección con base en un banco sistematizado de pruebas para cada una de las categorías personal, complementado con adecuados estudios de aptitud.
- Establecer un sistema racional de promoción y ascensos que basado en una adecuada evolución del trabajo permita manejarlo únicamente en base al mérito de la persona.
- Diseñar e implementar sistemas de capacitación en servicio, con el apoyo técnico y metodológico que la universidad desplaza de sus aulas, de las instituciones.

2. Debera el servicio modificar la actitud burocratizada de su personal, con el fin de que se adquiriera una actitud de pertenencia a la entidad, para lo cual habrá que establecer toda una política de desarrollo y realización personal y que le permita vivir decorosamente instrumentalizandose con planes y programas que respondan a las necesidades y a las expectativas del funcionario en su trabajo; ayudará también a su familia y al funcionario cuando este cumpla con su tiempo de servicio o tenga que retirarse por alguna situación de incapacidad.

La administración del personal debera llegar a su total descentralización a nivel institucional, manteniendo al Servicio Seccional de Salud su orientación y normalización técnica.

2.10 SISTEMA DE COMUNICACION.

El sistema de atención que se está conformando en Bogotá en forma regionalizada, requiere un sistema de comunicación ágil, oportuno y veraz, entre las diferentes entidades que integran el sistema de Servicio. Para lograr esto el servicio de Salud está adquiriendo una red que cubre cinco unidades regionales con posibilidad inmediata de ampliarla a 7.15 hospitales especializados y locales a 17.61, centros de salud a 50 unidades móviles.

Cada unidad regional tiene su propio canal a través del cual establece intercomunicación con todas las agencias de su área de influencia, incluyendo las unidades móviles, en forma independiente de las otras regionales. En caso de emergencia se permite la comunicación de "Todos contra todos" en una área específica de una regional o en toda el área urbana de Bogotá, según sea el caso, bajo la coordinación de la sede del servicio o de la unidad que se estime conveniente de acuerdo a las circunstancias existentes.

La estación central ubicada en la sede del servicio, cuenta con cinco equipos que operan cada uno en el canal de una de las regionales, con lo cual además de estar en capacidad de comunicarse con cualquier hospital, centro de Salud o unidad móvil ubicada en Bogotá, le permite ejercer monitoria permanente y simultaneo sobre las comunicaciones de las cinco regionales que conforman el Servicio de Salud de Bogotá.

La central dispone de una consola de control mediante la cual se puede ejercer el control sobre todas las comunicaciones realizadas en los cinco canales y además permite la intercomunicación de cualquiera de los cinco canales con la red telefónica de Bogotá, la cual ha asignado el número 15 para el manejo de las urgencias mediante el aditamento de phone - patch. También se ha previsto el uso de una grabadora de cinco canales con opción de sie-

te canales simultaneos de graduación, uno para cada regional.

Permite también la comunicación con la cruz Roja la defensa civil, el Departamento Administrativo de Transito y Transporte y la policia Distrital. Las sedes de las unidades Regionales cuentan con un equipo que les permite la comunicación con cualquier hospital, centro de salud o unidad móvil de su área de influenciay con la sede del servicio a través de la estación repetidora; en igual forma y con el mismo equipo puede monitorear intervenir en cualquier comunicación que se efectua en su regional. Los hospitales especializados, los locales y los centros de salud cuentan con un equipo fijo que les permite comunicarse con el hospital regional del cual depende, entre si y con las unidades móviles de su regional.

Las ambulancias y las demás unidades móviles cuentan con un equipo con el cual pueden establecer comunicación con cualquier unidad fija movil de la regional.

La asignación del número 15 para ser utilizado por cualquiera de los abonos para los casos de urgencias médicas exige unagil y adecuado capacidad de respuesta que informe no solo sobre la utilizacion de los servicios, sino sobre la conducta que se debe seguir en cada una de las situaciones. Esto presenta un reto para manejar esta situación en la cual el país no tiene experiencia ni antecedentes.

2.11. CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

La necesidad de adecuar las plantas físicas y dotarlas con el fin de buscar una mayor racionalización en la utilización de recursos, hizo que el servicio Seccional de Salud hiciera un esfuerzo para ejecutarlo en este año. Las obras que se adelantan en los centros de Salud son las siguientes:

REMODELACIONES	VALOR \$
- Quiroga.....	1'528.000
- Rionegro.....	425.000
- Las Ferias.....	604.000
- Juan XXIII.....	594.000
- Internacional.....	217.000
- San José.....	471.000
- Granjas.....	100.000
- Kennedy.....	645.000
- Hospital Infantil.....	860.000
- Asunción Bochica.....	340.000
- Olaya.....	359.000
- Puerta de Teja.....	78.000
- Ismael Perdomo.....	191.000
- Pasquilla.....	142.000
- Ricaurte.....	362.000
- Meissen.....	1'115.758
- Bello Horizonte.....	670.586

REMODELACIONES	VALOR \$
- Quirigua.....	393.621
- Garces Navas.....	368.302
- Suba.....	627.312
- Laffayette.....	63.880
- Minuto de Dios.....	147.037
- Santa Rosa de Lima.....	106.077
- Bosa.....	386.794
- Engativa.....	243.448
- Boyacá.....	181.236
- Puente Aranda.....	606.882
- París Gaitán.....	224.318
- San Jorge.....	340.327

La necesidad de implantar el sistema de urgencias para Bogotá ha hecho que se adelante los proyectos de urgencias de todos los hospitales así:

- San Juan de Dios.....	1'000.000
- La misericordia.....	4'000.000
- La Samaritana.....	3'500.000
- Santa Clara.....	4'000'000
- San Ignacio.....	4'500.000
- Hospital Infantil.....	6'000.000
- San José.....	4'000.000
TOTAL.....	27'000.000

gualmente se tiene prevista la ampliación modular de las policlínicas de Bosa, Fontibón, Meissen, La Granja, el Carmen y Suba, para darles una capacidad mínima de 25 camas y una proyección máxima de 100 camas con la cooperación del gobierno de Holanda con una suma que asciende a los U.S. \$750.000 y con un aporte nacional de \$20'000.000 esto garantiza el fortalecimiento de la red de servicios intermedios en toda la zona occidental de Bogotá.

El servicio adelantó el programa médico arquitectónico del hospital de occidente, el cual ha sido financiado y aprobado. Es así como este sistema de manejo hospitalario está integrado por tres subsistemas básicos, recursos, administración y producción de servicios integrados e interrelacionados por el flujo de información de recursos y por el mecanismo de remisión y flujo de pacientes.

Tanto la construcción como el manejo modular serán una de las formas esperadas en el futuro, lo cual aun para la apertura permite que se haga en forma escalonada.

Además la utilización de instrumentos que permite soluciones a través de módulos fácilmente modificables por un sistema de panalería móvil.

Igualmente tanto su estructura como su iluminación permiten una necesaria flexibilidad con una condición de horizontabilidad con el uso de rampas, para tratar de restringir al mínimo el uso de elementos mecánicos en circulación vertical, lo cual genera la necesidad de establecer

el único nivel distribuidor a través de un entrepiso térmico, verticalmente ambivalente, el cual en su parte inferior contendrá al acceso general del público con todos los servicios, el nivel superior se reservará para las redes de instalaciones y mantenimiento y para los canales independientes por los cuales se distribuirá los elementos de abastecimiento.

Se considera importante la utilización del vidrio para la mayoría de los cerramientos y circulaciones, hacia las habitaciones, condición de diseño que puede ser imprescindible para el control de ciertos pacientes tales como los pediátricos y los de cuidado intensivo.

La permanencia mínima en los centros hospitalarios complementada con la atención domiciliaria en forma organizada y sistemática, serán una de las estrategias que permitirán a Bogotá una utilización óptima de los recursos de salud.

Igualmente la adecuación y desarrollo del centro de Salud y la construcción con prestación de servicios especializados en consulta ambulatoria apoyados por un laboratorio que facilita la acción del personal especializado.

En el futuro habrá necesidad de adelantar un proyecto similar del hospital regional de occidente, para situarlo en el extremo noroccidental de la ciudad, (sector Quirigua, Garces Navas) y complementar así el anillo de servicios hospitalarios.

2.12 FINANCIERA.

Como se anoto anteriormente la estructura de ingresos no guarda una relación que garantice una adecuada prestación de servicios en salud por lo cual se consideró necesario diseñar un sistema financiero identificando los elementos que lo componen, definiendo los rcesos que lo integran y que permitan una mayor programación racional delos flujos con un control de los mismos para asegurar el desarrollo de los programas de atención en salud; para ello se diseño el proyecto de flujo de fondos con el fin de determinar cantidades y tiempos en el que se sucede los reca-bros y los pagos con el proposito de lograr un balance armonico que permita un manejo de la liquidez sin decremento administrativo, logrando también ingresos adicionales que puedan ser garantía suficiente cuando se quiere obtener crédito.

Igualmente como apoyo para la programación, se está implementando en algunos hospitales el sistema de costo - que el Ministerio de Salud ha establecido; en este proceso de implementación se ha visto ya la necesidad de diseñar sistemas que manejen otras variables y que a partir de dos registros contables permitan conocer además de los costos por actividad, algunos de los específicos por servicios, dada la modalidad de contratación que los hospitales tienen con el Seguro Social que obviamente obliga

a tener información sobre ese tipo de costos.

Para la aprobación de presupuesto se adopto como criterio básico la compatibilidad de las solicitudes, con las políticas de salud establecidas; esta aprobación se formaliza en el servicio de salud de Bogotá a través de la junta directiva del servicio y del Ministerio de Salud.

Igualmente se elaboró el proyecto de análisis financiero, con el objeto de establecer la consistencia de cada uno de los rubros que componen el presupuesto en su comportamiento histórico y en su estructura, lo cual permite asignar las prioridades para los programas de inversión que esto requiera en constitución y dotación.

Otros documentos dentro del proceso presupuestal lo conforma su ejecución, la cual se basa en el instrumento fundamental de acuerdo trimestral de gastos, el cual se alimenta de la programación de actividades que se deben desarrollar las diferentes secciones administrativas como apoyo a la programación de atención de salud, por lo tanto el acuerdo de gastos se compone de la consolidación del programa por cada área, (atención médica, saneamiento ambiental y administración) y se discute a nivel de la junta directiva del servicio.

El elemento de control de la ejecución misma está planteado por el proceso de la disponibilidad presupuestal, el cual es requisito indispensable para poder ordenar la ejecución de un gasto en cualquiera de los conceptos básicos.

cos, tales como servicios personales, ordenes de suministro, ordenes de trabajo, ordenes de ejecución de obra y controlaciones diversas.

El procedimiento de ejecución presupuestal se ha venido desarrollando en forma natural, pero actualmente con ayuda del computador, se podra ejecutar en una forma mucho más efectiva y nos permitira elaborar análisis completos, esta sistematización de procedimientos se hara extensiva al área de tesoreria y contabilidad, la cual se ha diseñado en dos etapas:

- La primera etapa consiste en el estudio y análisis de procesos, racionalizandolos y eliminando sus deficiencias con el fin de optimatizarlos.
- La segunda etapa en la cual nos encontramos en este momento, consiste en el diseño de modleos y programas con el computador que permitan un manejo adecuado de los diferentes procesos financieros. Lo anterior presenta un reto para la administración y para la auditoria en el establecimineto de unsistema lógico de control de gestión.

El proceso evaluativo del sistema presupuestal se cumple con la presentación de su ejecución en los cinco primeros dias del mes siguiente, esto da las bases para establecer el comportamiento de cada una de las diferentes fuentes de ingresos y del componente de gastos, identificando los problemas y su grado de complejidad, las medidas correcti-

vas pueden ser tomadas del desarrollo mismo de las actividades de los programas; en casos más complejos con otras entidades que intervienen en el proceso ya sean estas como aportantes de ingresos o como entidades ejecutorias de gastos en las cuales el servicio no tiene control directo.

Por otra parte se diseñaron sistemas registro de información que érmita tener unconocimiento del nivel de ejecución presupiestal que las entidades hospitalarias presentan dentro del mes siguiente a su actividad mensual, lo cual nos ayuda a implantar controles pero lo más importante aún son las evaluaciones sobre flujo de ingresos de gastos en relación con servicios personales, suministros y gastos generales. Al mismo tiempo se establecen comparaciones entre algunos hospitales que pudieramos decir tiene características similares en cuanto su complejidad de servicios. En este momento nos encontramos en el proceso de ir conformando uan base de datos que permitan conocer el comportamiento histótico; con el tiempo esperamos definir costos estandares para cada uno de los hospitales de acuerdo con sus propias características, dandoles la posibilidad de que puedan organizar mejor su composición instrumetal. Además tenemos que el análisis de la ejecución presupuestañ de fín de año, por medio del rubro de recursos de balance, podemos detectar las fallas que a nivel de estructuras o de programas impidierosn desarrollar actividades

y por lo tanto aplicar los fondos.

La evaluación manejada a través de la parte de contabilidad se da por el balance contable, cuyo análisis se hará semestralmente y en reuniones conjuntas entre la administración y la auditoría, lo cual ha permitido la adopción de medidas correctivas en aquellas áreas que presentan problemas o sean susceptibles de comprobación.

Actualmente por medio del grupo de tesorería se obtiene información del movimiento diario de caja permitiendo la identificación de los ingresos y gastos y por lo tanto manejando con uncriterio gerencial el registro de estos movimientos, conformando el sistema de información, para el flujo de fondos, con el objeto de poder predicciones de inversión financiera y de su aplicación.

Actualmente los proyectos de apoyo con que contamos, consiste fundamentalmente en el control de manejo de inversiones, cuyo objetivo es el de establecer sistemas de control del desarrollo mismo demostrando la falta de capacidad de inversión, lo cual conlleva una disminución significativa de las posibilidades de ejecución de los proyectos por el decrecimiento del poder adquisitivo del dinero.

De otra parte el proyecto de control administrativo de las cjas tiene como objetivo fundamental la optimización de los procesos de recaudo por concepto de multas, patentes y fumigaciones, logrando agilización y controles efectivos.

Se preveen para el futuro que este modelo financiero que se está implantando en el servicio de salud de Bogotá en su cede, sea útil en todos los hospitales del Distrito Especial para lo cual ya se está desarrollando el sistema de teleproceso con el fin de procesar oportuna y eficazmente la información financiera de estas instituciones, lo cual no solamente podra realizarse a nivel hospitalario sino que con todas aquellas instituciones que se encuentran intercomunicadas por el sistema de comunicacipnes del servicio, recinetemente adjudicado.

2.13 SISTEMA DE INFORMACION.

El sistema Nacional de Salud viene haciendo un esfuerzo para desarrollar el subsistema de información, el cual regula laobtención y procesamiento de información sobre las necesidades y demandas de la población en materia de salud, sobre la cantidad y características de las actividades técnicas y administrativas que desarrollan las entidades de salud, sobre el volumen y las características de los recursos de salud y sobre los proyectos y las decisiones. Su desarrollo se ha enfocado a las áreas de atención médica ya que es la que más tradición tiene, a traves del manejo de registros médicos, historia clínica y estadísticas vitales.

Igualmente en el área del sanamiento se obtiene información sobre las actividades que se realizan en los diferentes

campos de acción, el área administrativa es la que menos - desarrollo ha tenido, se busca garantizar una información básica para establecer un nivel de salud, algunas características demograficas y determinar las actividades principales que el sector realiza.

Ante esta situación el servicio de Salud de Bogotá, con su capacidad instalada de computación a visto la necesidad de diseñar un sistema interado de información que apoye las actividades de desición y de control que deben ser desarrolladas por los diferentes niveles jerarquicos, a nivel central o a nivel de sus entidades hospitalarias.

En el momento se encuentran diseñado, dentro de los parametros del subsistema nacional de información, el modulo de información para el servicio de salud de Bogotá, el cual plantea las siguientes etapas:

- Identificación: de acciones que son registradas y que requieren de análisis; ensequida, tenemos el desarrollo de procedimiento en cada uno de los diferenres actividades técnicas de servicio y administrativas.
- Estudio y determinación del como se registran las acciones las cuales deben cumplir el requisito intrinseco de la acción misma, compaginada con los registros técnicos y administrativos.
- Definición de variables y de relaciones que intervengan o incidan en la toma de decisiones por cada nivel de organización, estableciendo a su vez las necesidades de la

emisión de la información al ser interrelacionadas.

- Prueba de los mismos y de su implantación definitiva.

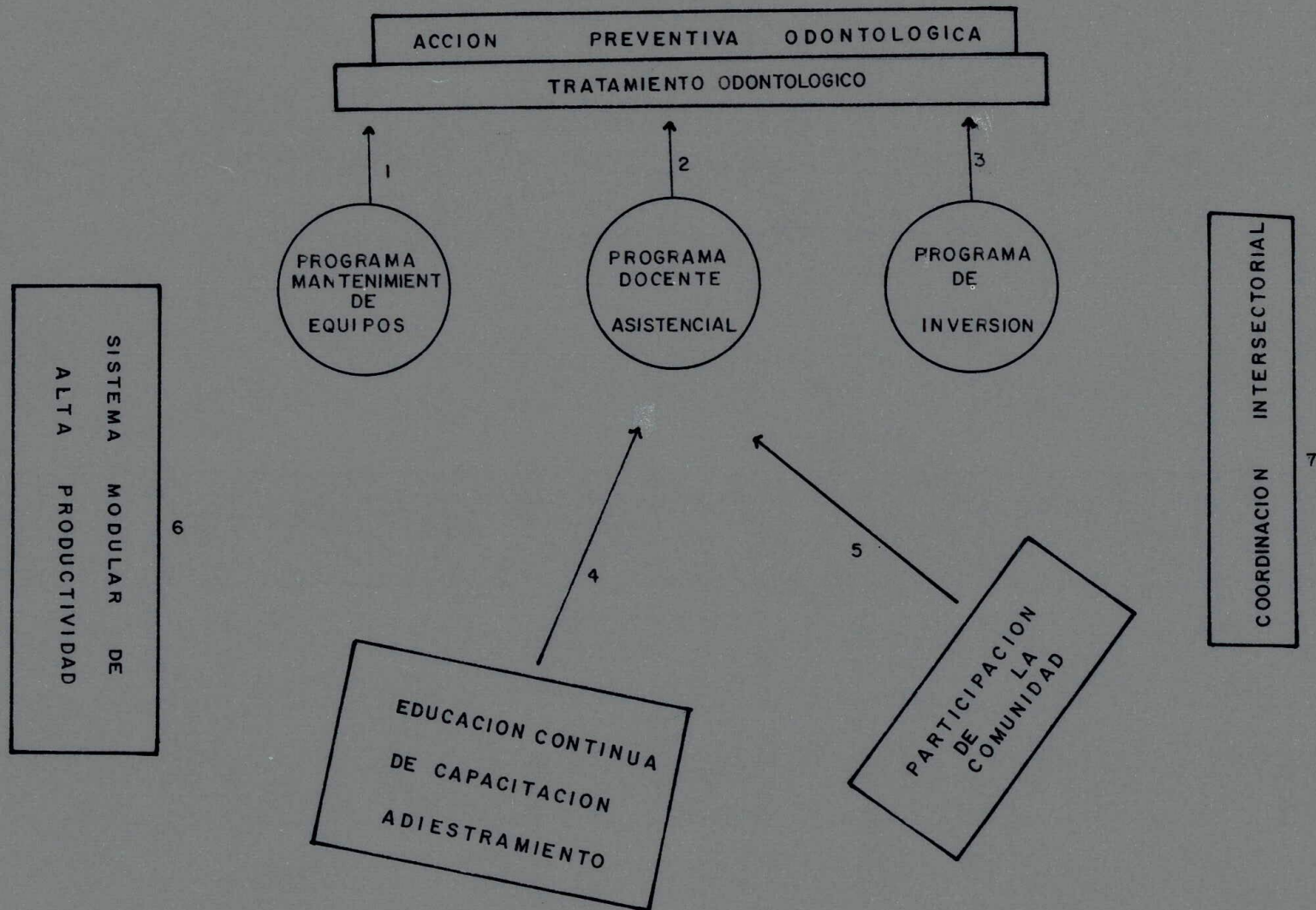
Se espera en el futuro, además de la implantación de todo este sistema de procesamiento de datos a nivel de sede de servicio; este se haga extensivo a todas las instituciones hospitalarias incluyendo el manejo de la historia clínica a través del teñeproceto.

Es conveniente y se ha adelantado estudios que permitan el manejo de todos los pacientes que reciban servicios de salud a través de cualquier institución mediante la presentación de un carnet que contenga la identificación por medio de una tarjeta, en la cual aparezca su código, que debiera ser el mismo de su documento de identificación oficial, el código de la entidad o institución a la cual está inscrito en calidad de beneficiario o afiliado y un código que identifique su capacidad de pago, lo cual permitira el manejo administrativo simple de toda la atención de pacientes por cualquier entidad y en cualquier momento; se piensa que para el año 2000 estará toda la población de Bogotá debidamente carnetizada lo cual disminuirá los tramites administrativos actualmnete vigentes que impiden una atención inmediata.

2.14 AREAS DE SUMINISTROS.

Los suministros representan actualmente para los servicios de salud, alrededor del 30% de su presupuesto y por lo tan-

PROGRAMAS DE APOYO



to el esfuerzo que ha concentrado el desarrollar un sistema que sea capaz de proveer a las diferentes dependencias y entidades, de los insumos necesarios en calidad y cantidad, en el momento oportuno y dentro de los criterios de eficiencia y acenómia.

Para lograr esto se han venido desarrollando los elementos que en nuestro concepto son esenciales que permiten lograr el objetivo mencionado.

La conformación y publicación de catalogos de suministro en la forma en que lo recogieron las entidades del servicio de salud de Bogotá y su permanente actualización han constituido uno de los proyectos a que se le ha dado mayor impulso. Esto permite llegar a un registro de consumo con un criterio único y que a través de un proceso comparativo y de por medio, sea posible en el próximo futuro establecer medidas estándares de consumo de un tiempo determinado por nivel de complejidad y por cantidad de servicios prestados. Estas dos formas constituyen los instrumentos de programación de necesidades de suministro al igual que el control de despachos y la utilización misma. El catalogo a través de la normalización de las nomenclaturas a permitido que los pedidos, las ordenes de compra y entregas del almacen, se hagan más ordenadamente ya que el código y el nombre genérico garantiza la uniformidad y la compatibilidad de todos los pasos.

El catalogo y su desgregación por clases y por niveles ha permitido adelantar los procesos para el control de inventa-

rios, por lo cual, se ha llegado a acuerdos con la contraloría distrital en cuanto a su clasificación y codificación. El registro de los datos básicos de cada uno de los elementos permitira establecer los promedios de vida util de los elementos devolutivos; esto es todo lo que se constituye el equipo y el instrumental, con el fin de establecer tiempos de reposición, al igual que al valor de la depreciación distribuido en el tiempo.

Otro elemento del sistema lo constituye el registro de proveedores siendo este uno de los retos actuales de la administración pública; dado que las fallas en los procesos administrativos y los obstaculos que están presentes vuelven reticentes a los productores y proveedores para vender a las entidades estatales.

Esto se ha adelantado en forma casi sompulsiva para que cada una de las formas diferentes clases de catalogo tenga un adecuado número de empresas o entidades, las cuales a su vez permiten una doscificación de acuerdo con criterios tales como, capital de trabajo, capacidad instalada y producción. Esto se ha hecho no sólo para efecto de los diferentes tipos de licitación sino también para la adquisición directa de los diferentes insumos.

Finalmente el último elemento que consideramos es el que mayor esfuerzo requiere y lo constituye el desarrollo de ls- procesos que establecen las normas e instrumentos para

la programación de necesidades de suministros, tanto como para los funcionarios de cada uno de los diferentes programas, como para aquellos que requieran de inversión en equipo e instrumental; para la adquisición de esta a nivel nacional con productos elaborados en el país total o parcialmente; o a nivel internacional para lo cual halla que adelantarse todos los tramites de importación; para esto se desarrolla actualmente una guía de procedimiento que le permita al servicio transitar sus importaciones oportunamente, y con una notable disminución de costos financieros; de almacenamiento y distribución en tal forma que permitan la ubicación física de los elementos en las bodegas por cada uno de las clases de catálogos y estas por los elementos que son de consumo y los que son devolutivos, estableciendo una forma de distribución periódica que disminuyendo costo permita la disponibilidad oportuna de los suministros requeridos. Para todos estos procesos se han diseñado sistemas de control que permitan establecer desde los tiempos que deben durar cada una de las etapas hasta la responsabilidad que tiene cada uno de los autores que intervienen en el proceso,.

Sin embargo, a pesar de los grandes esfuerzos desarrollados para lograr una máxima agilidad y una optimización en el manejo de los recursos para cumplir oportuna y adecuadamente con los objetivos planteados, estamos por reconocer que con las estructuras actuales, es sino imposible por lo menos muy difícil cumplir con los fines propuestos en el tiempo que se

requieren costos racionales. Pensamos que para el futuro deba entrar más bien a licitarse los precios para los diferentes artículos que tendran vigencia para un periodo determinado, las entidades podran entrar a adquirirlo directamente al productor o proveedor a quien se le halla adjudicado la licitación.

En esta forma se piensa que se está dando solución pronta y rápida a otro de los recursos que se han convertido en crítica para la prestación de los servicios de salud.

2.15 ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

Hemos identificado que, con pocas excepciones, en Bogotá el trabajo de organización y participacion de la comunidad ha carecido de una programación clara, limitandose a la ayuda esporadica en la remisión de algunos pacientes.

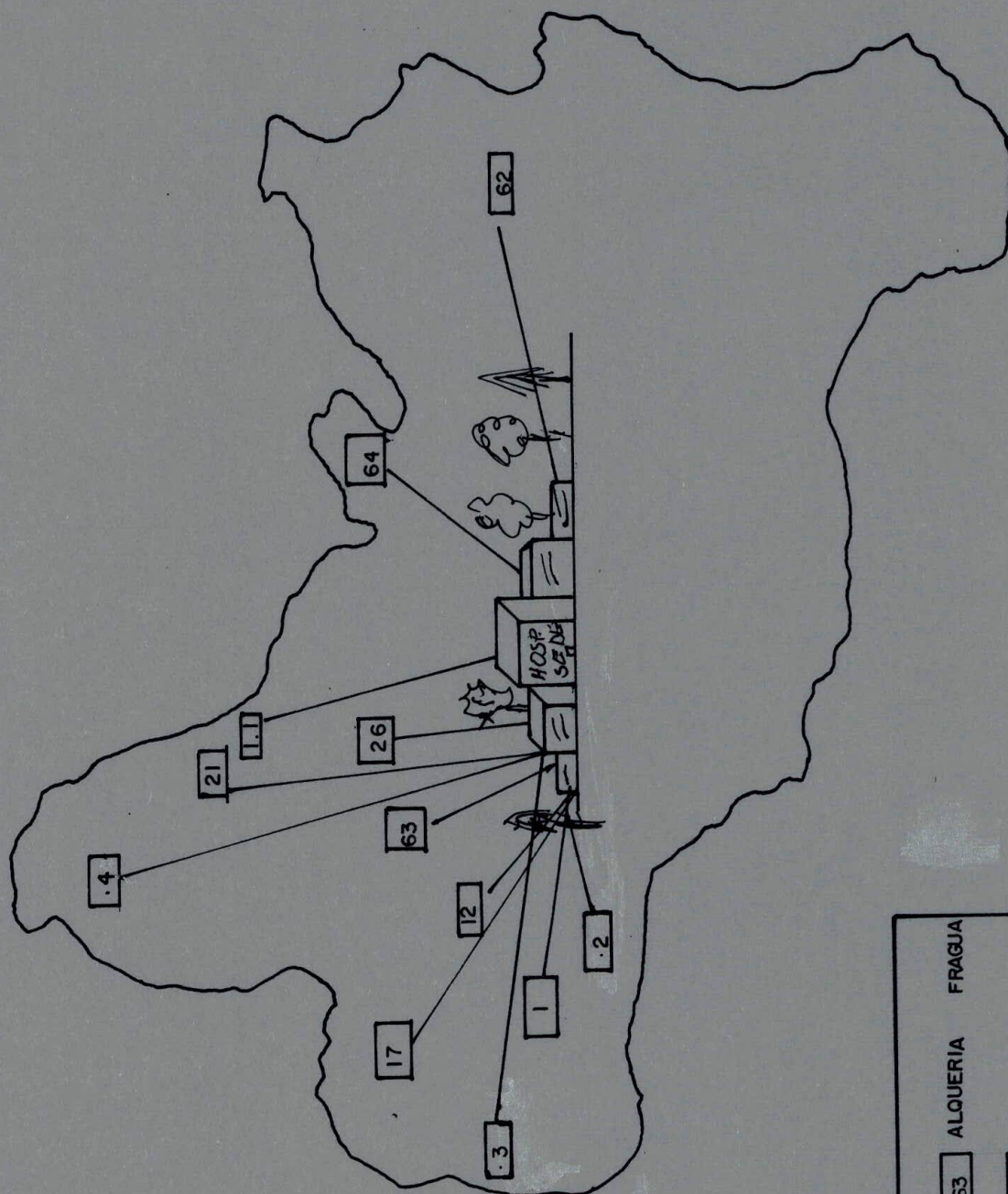
Proponemos la organización y la participación comunitaria como una aceptación clara de que en base a los recursos institucionales existentes no es posible atender las necesidades y demandad de salud, en este sentido la comunidad debe participar en las siguientes actividades:

- Identificación de las necesidades
- Participación en la ejecución de las acciones.
- Participación en la evaluación del impacto de los programas de salud.
- Participación en el funcionamiento.

En relación a lo anterior debe identificarse:

- Instrumentos que identifiquen el concepto de comunidad. con la prestación del servicio de salud.
- Instrumentos que identifiquen las necesidades de la comunidad para corelacionarlas con las necesidades supuestas técnicamente.
- Instrumentos que permitan que los programas técnicos se ajusten y compaginen con las necesidades sentidas por la comunidad.
- Instrumentos que identifiquen la real capacidad de pago a la comunidad.
- Instrumentos que evalúen el impacto de los programas y actividades que en materia de salud se hallan desarrollando conjuntamente.
- Diseños de estrategias que permitan que los funcionarios institucionales acepten en toda su dimensión la organización y participación capacitante de la comunidad.

REGIONAL № 4 SANTA CLARA



	OLAYA	ALQUERIA	FRAGUA
1		63	
12	BRAVO PAEZ	64	PABLO VI
21	BOSA	1	BOSA
26	ALCALA	2	RESTREPO
47	PERDOMO	3	TUNJUELITO

CAPITULO III

SISTEMA REGIONAL DE SALUD.

3. REGIONAL No. 4 SANTA CLARA.

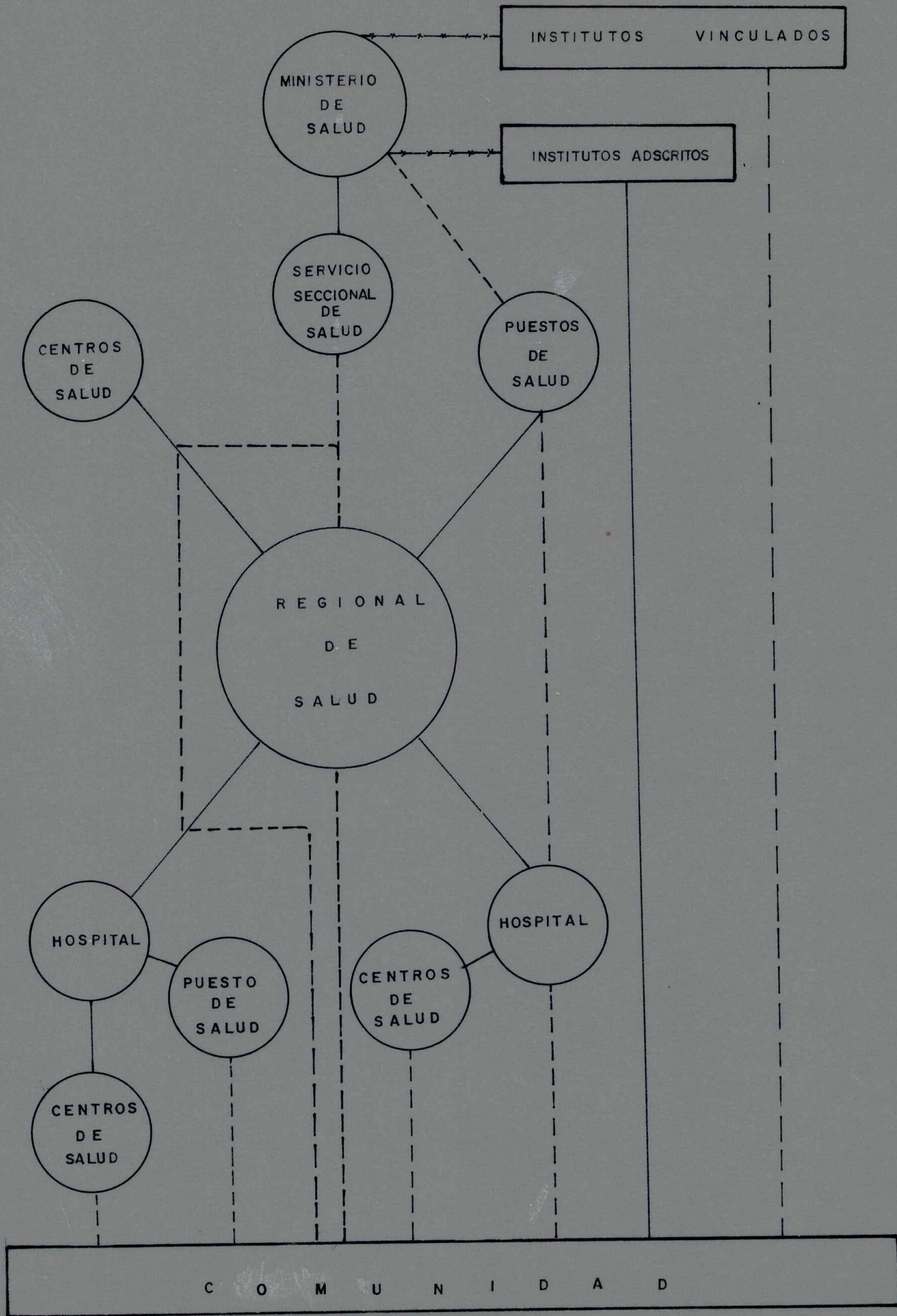
3.1 INTRODUCCION.

El servicio de Salud del Distrito Especial de Bogotá cuenta con cinco regionales que son:

1. San Ignacio
2. Samaritana.
3. san Juan de Dios.
4. Santa Clara,
5. san José.

3.2 DELIMITACION GEOGRAFICA.

Por el norte: Rio Tunjuelito hasta la transversal 60 por esta a la avenida Boyacá hasta el cruce con la venida primero de mayo, de esta a la avenida General Santander hasta encontrar el -



rio Fucha, siguiendo su curso hasta la calle sexta sur con carrera 22 de allí hacia la caracas.

Por el occidente: de la avenida sexta sur con caracas continuando hasta la calle 13.

Por el sur" Bajando por la calle cuarta sur hasta la carrera 24, de allí a la calle 27 sur bajando por esta a la avenida 19 sur siguiendo hasta la 47 sur con carrera 25.

Por el oriente: desde la calle 31 siguiendo por la autopista sur hasta los límites con sohacha.

3.3 ORGANIZACION.

En la regional No 4 se encuentra el hospital sede Santa Clara, ubicado en la calle 2 sur con carrera 17 y cuenta con:

a. 6 Centros de Salud:

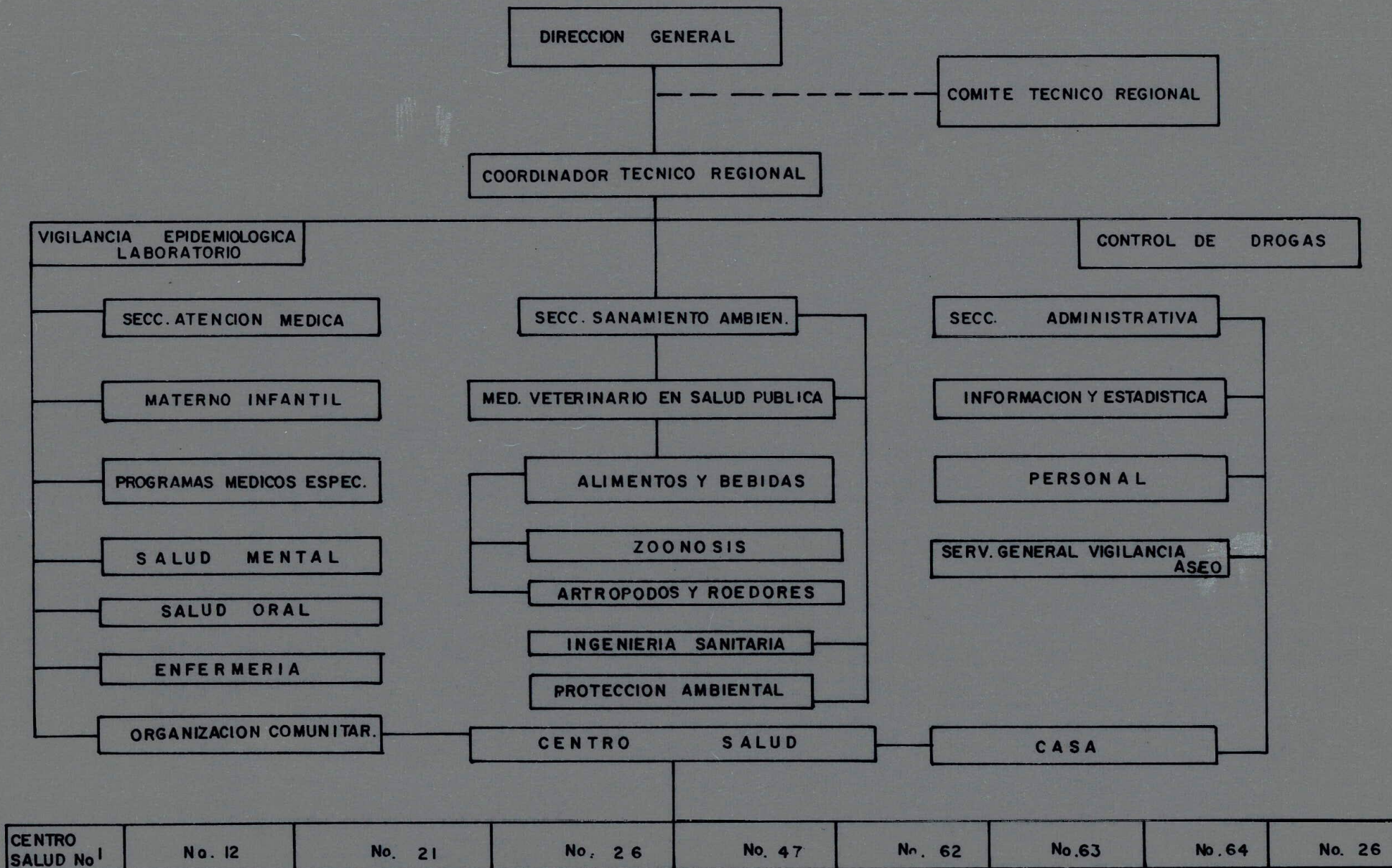
- Olaya.
- Bravo Paez.
- Alcalá.
- Venecia
- Ismael perdomo.
- Alqueria la Fragua.

b. Un hospital local comunitario - policlínico de Bosa.

c. Dos puestos de salud.

- La Fayette.

ORGANIGRAMA REGIONAL N.º 4 SANTA CLARA



- Pablo VI.

3.4 SERVICIO QUE PRESTA.

1 SECCION DE ATENCION DE SALUD.

- Atención médica.
- Odontología.
- Enfermería.
- Control de drogas.
- Epidemiología.
- Educación para la salud.

.2 SECCION DE DANEAMIENTO AMBIENTAL

- Ing. Sanitaria.
- Veterinaria.
- Supervisión.

3.4.3 SECCION ADMINISTRATIVA.

- _ Estadística.
- Caja
- Servicios generales.

3.4.1. ATENCION A LAS PERSONAS.

- a. Hospitalización:

Este servicio se presta en el Hospital sede Santa Clara y en el hospital policlínico de Bosa en este hospital solo se reciben partos de bajo riesgo y pequeñas cirugías.

El hospital sede Santa Clara presta los siguientes servicios

- Neumología (pediátrica y adultos)
- Cardiología.
- Pediatría general.
- Psiquiatría.
- Otorrinolaringología.
- Ortopedia.
- Oftalmología.
- Urología.
- Medicina interna.
- Cirugía.

Cuenta con 250 camas distribuidas así:

48 camas para cuidados mínimos

71 camas para cuidados intensivos.

24 camas para cirugía.

38 camas para pediatría.

10 camas para psiquiatría.

59 neumología.

3.4.2 CONSULTA MEDICA.

El hospital sede Santa Clara presta los servicios médicos de,

- Neumología.
- Tisiología.
- Medicina general.
- Medicina interna.
- Pediatría.
- Urología.
- Ginecología.
- Otorrinolaringología.
- Ortopedia.
- Psiquiatría.
- Cardiología.
- Psicología.
- Nutrición.
- Planificación familiar.

El hospital policlínico de Bisa, y los centros de salud prestan los mismos servicios teniendo en cuenta tanto los recursos humanos como materiales. Se comprende que las acciones que se llevan a nivel de centros de salud son brazos de la consulta externa del hospital sede Santa Clara.

3.4.3 CONSULTA ODONTOLÓGICA.

1. Asistencial.

- | | |
|---------------|--|
| - Escolares | Exodoncias de temporales y permanentes.
Operatoria.
Medicina oral. |
| - Obstetricas | Exodoncias
Operatoria
Periodoncia |
| - Otros | Exodoncia
Operatoria
Cirugía oral
Medicina oral. |

El recurso profesional cumple identicas actividades en el centro de salud y en el hospital local comunitario de Bosa.

En el hospital sede este servicio es únicamente para los internos.

Para la salud oral no existe desde el punto de vista de actividades una clasificación de niveles de complejidad.

3.4.4. SERVICIO DE ENFERMERIA.

- Control de crecimiento y desarrollo.
- Control prenatal.
- Planificación familiar.
- Detencion precoz del cáncer

- Colaboración en la consulta médica.

3.4.5. URGENCIAS.

El hospital sede Santa Clara no presta servicio de urgencias el hospital local de Bosa y los centros de salud prestan los servicios de urgencias.

3.4.6. CONTROL EPIDEMIOLOGICO.

Se hacen investigaciones y seguimiento de casos de enfermedades contagiosas intoxicaciones diarreas de origen hidrico etc.

Esto a nivel del hospital Santa Clara y del hospital local de Bosa.

3.4.7. PREVISION.

- Vacunación de TBC y prueba de tuberculina a nivel del hospital sede Santa Clara, en el policlínico de Bosa, centros y puestos de salud se hace todo tipo de vacunación.
- Captación de embarazadas para control prenatal en Bosa y centros de Salud.
- Participación de la comunidad.
- Inmunizaciones.
- Citologías.
- Planificación familiar.

- Promoción de la salud oral.

3.4.8. PROGRAMAS MAC Y PAN.

Este servicio se presta tanto a nivel del hospital sede como del hospital local, centros y puestos de salud.

3.4.9. ATENCION AL MEDIO AMBIENTE.

1. Servicios de acueducto y alcantarillado. Campaña de letralización.
2. Control de basuras.
3. Control de calidad de aire.
4. Control de alimentos: carnes, alimentos procesados, alimentos perecederos (verduras) leche.
5. Control de zoonosis: vacunación contra la rabia o hidrofobia, sisticerosis, fasciolosis, y criquinosis.

3.5. ANALISIS DE LOS SERVICIOS.

Problemas identificados:

1. Se rechazan diariamente el 10% de los pacientes que demandan consulta médica por falta de Recurso Humano.
2. El hospital Sede de al Regional carece de maternidad esto se remite a otro hospital que no pertenece a la regional.

3. Hace falta mucho recurso humano tanto profesional como técnico y auxiliar para cumplir con los programas.

3 .6. PERSONAL DE LA REGIONAL.

Jefe de sección	1
Medicos directos	8
Secretaria	4
Jefe de departamento	2
Médicos especialistas	45
Médico general	4
Inspector	7
Instrumentadoras	2
Trabajadora	2
Terapista ocupacional	1
Enfermera jefe	10
Enfermera rural	2
Auxiliar enfermeria	53
Odontólogos	23
Odontólogo rural	1
Técnico rayos x	1
Auxiliar rayos x	1
Auxiliar servicios generales	1
Terapista físico	1
Laboratorista	11

Auxiliar de rehabilitación	1
Asistente educación salud	2
Médico rural	2
Asadoras	17
Celador (a)	18
Conductores	4
Operador equipo	2
Médico directivo	1
Médico consultante	2
Analistas	7
Bacteriologos	2
Bacteriologo rural	1
Promotores	10
Jefe de administración	1
Jefe de saneamiento	1
Supervisor	1
Coordinador odontología	1

3.7. CAUSAS DE MORBILIDAD.

Menores de un año:

- Enteritis y otras enfermedades dirreicas.
- Influeza.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Brinquitis enfisemia, asma.

- Síntomas y estados morbosos mal definidos.

De 1 a 4 años.

- Enfermedades respiratorias agudas.
- Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- Helmitiasis.
- Síntomas y estados morbosos mal definidos.

_ Influenza.

De 5 a 14 años.

- Enfermedades de los tejidos de los dientes y de sus estructuras de sosten.
- Otras helmintiasis.
- Síntomas y otros estados morbosos mal definidos.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Otras enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

De 15 a 44 años:

- Síntomas y estados morbosos mal definidos.
- Laceración y heridas
- Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sosten de los miembros.
- Infecciones respiratorias agudas.

De 45 a 59 años.

- Síntomas y estados morbosos mal definidos.
- Laceración y heridas.
- Enfermedades hipertensivas

- Otras enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

- Bronquitis, efisemía y asma.

De 60 y más años.

- Síntomas y estados morbosos mal definidos.

- Enfermedades hipertensivas.

- Enfermedades del corazón.

- Enfermedades del aparato Genito urinario.

- Hiperplasia de la próstata..

3.8 TASAS DE MORTALIDAD.

3.8.1 El principal motivo de consulta al hospital regional son las enfermedades del tipo respiratorio y su alto índice se debe principalmente a que este hospital - a sido especializado en atender casos de tuberculosis por consiguiente cualquier caso grave en que estén involucradas las vías respiratorias, buscan este hospital. No quiere decir esto que el medio ambiente correspondiente al sector de la regional sea propenso a la tuberculosis. Últimamente el hospital presta todo tipo de servicios de salud.

3.8.2 A nivel de la regional la principal causa de mortali-

dad es la neumonía en las edades de 0 a 4 años y en la mayoría en varones y en el tipo social de la clase obrera (clase baja baja) con tipo social cultural económico correspondiente al nivel social como son los bajos y nulos ingresos el desempleo el deficit de vivienda.

- 3.8.3 Otra causa de mortalidad es la enteritis debido a la falta de alcantarillado, tratamiento de aguas ausencia de acueductos ya que en algunos sectores carecen de este servicio.

El grupo de edad más afectado es el que fructua entre los 5 y 14 años.

- 3.8.4 Otra causa de mortalidad es por accidentes automovilísticos ocasionada por falta de control por parte de las autoridades del tránsito especialmente en estas vías que son de acceso como por ejemplo mercado corabastos vías que conducen a centros recreacionales.

- 3.8.5 Otra causa de mortalidad son los tumores malignos que afecta el grupo comprendido entre los 45 y 59 años causados por bajo nivel cultural y descuido de no acudir a los servicios sino cuando ya estas patologías son irreversibles.

3.8.6 Otra causa son las enfermedades cardiovasculares presentada en el grupo de edad de 60 y más años presentada en cualquier nivel social a causa de tantos problemas económicos, sociales políticos, etc.

CAPITULO IV.

NIVEL LOCAL DE SALUD.

PUESTO DE SALUD LAFAYETTE No. 62

4.1. UBICACION.

Se encuentra ubicado en calle 1B No. 19A 19 , dentro del edificio del colegio Memorah, por lo que lo consideran más como un consultorio del colegio y no como un puesto de salud.

4.2. LIMITES.

Por el oriente: avenida caracas.

Por el occidente: carrera 30

Por el norte avenida sexta

Por el sur: calle primera.

Incluye barrios como: Eduardo Santos,.Vergel, Progreso, Santa Helena, Veraguas, Estanzuela, Santa Isabel.

4.3. AREA FISICA.

El puesto de salud consta de una sola planta, encontramos:

4.3.1. RECEPCION.

En la cual encontramos la estadística, archivo e historias.

4.3.2. SALA DE ESPERA.

En la cual encontramos cartelera de prevención tanto de medicina como de odontología.

4.3.3. CONSULTORIO MEDICO.

4.3.4. CONSULTORIO ODONTOLOGICO.

4.3.5. SALA DE

Que sirve de enfermería, en cafetería, vestier.

4.3.6. CUARTO DE DEPOSITO.

4.3.7. Dos BAÑOS.

4.4. SERVICIOS DE INFRAESTRUCTURA.

Este sector es bastante central por eso hay un buen servicio de transporte urbano, (buenas busetas), además también

también consata de servicios de alcantarillado. luz, agua
teléfono: las carreteras están pavimentadas.

4.5. PROGRAMAS DE SALUD ORAL.

Educación sobre prevención (esporadicamente).

Cirugía oral (Exodoncias)

Operatoria.

Endodoncia primera fase.

4.6. PROGRAMAS DE SALUD GENERAL.

Solamente prestan servicio de:

Vacunación.

Curación.

Inyectología.

Cirugía menor.

También colocan dispositivos en palnificación familiar y
también hacen citologías.

4.7. SERVICIO DE URGENCIAS

En el área odontológica sólo prestan prevención, exodoncias
operatoria, endodoncias primera fase por que no hay equipos
de rayos x.

El servicio de urgencias médicas no se presta; cuando la
urgencia es de un niño lo mandan al hospital de la miseri-
cordia, los pa cientes adultos los mandan al hosítal de
Santa Clara; los pacientes tienen que ir por sus propios

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.
ATENCION ODONTOLOGICA

1er. APELLIDO	2o. APELLIDO(º DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA
---------------	---------------------------	---------	----------------------

A. MOTIVO Y FECHA DE CONSULTA

FECHA: DIA MES AÑO	HORA	MOTIVO DE CONSULTA:	ATEN. INMEDIATA
			SI NO

B. ANAMNESIS

(DATOS BASICOS)	SI	NO	
ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO?	☐	☐	
ESTA TOMANDO MEDICAMENTO?	☐	☐	
HA TENIDO REACCIONES ALERGICAS?	☐	☐	
HA TENIDO HEMORRAGIAS?	☐	☐	
HA SIDO IRRADIADO?	☐	☐	
(HA SUFRIDO DE:)	SI	NO	
HIPERTENSION	☐	☐	
SINUSITIS	☐	☐	
RESPIRATORIAS	☐	☐	
CARDIOPATIAS	☐	☐	
DIABETES	☐	☐	
FIEBRES REUMATICAS	☐	☐	
HEPATITIS	☐	☐	
OTRAS _____			
(CUAL)			

EN CASO DE ATENCION INMEDIATA:

DIAGNOSTICO Y ATENCION BRINDADA

C. EXAMEN FISICO - ESTOMATOLOGICO

TEMPERATURA	PULSO	TENSION ARTERIAL		RESPIRACION
		INICIAL	FINAL	

	N	A	NE	
ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	☐	☐	☐	
ARTICULACION DENTO ALVEOLAR	☐	☐	☐	
PERIODONTO	☐	☐	☐	
MUCOSA BUCAL	☐	☐	☐	
LENGUA	☐	☐	☐	
GLANDULAS SALIVARES	☐	☐	☐	
MAXILARES	☐	☐	☐	
SENOS MAXILARES	☐	☐	☐	
MUSCULOS MASTICATORIOS	☐	☐	☐	
SISTEMA NERVIOSO, VASCULAR				
Y LINFATICO DE LA REGION	☐	☐	☐	
FUNCIONES DE: SUCCION	☐	☐	☐	
SALIVACION	☐	☐	☐	
OCLUSION	☐	☐	☐	
MASTICACION	☐	☐	☐	
1a. FASE DE LA DEGLUCION	☐	☐	☐	

CONV= N NORMAL A ANORMAL NE NO EXAMINADO

CONSIGNAR LOS HALLAZGOS ANORMALES EN HOJA DE EVOLUCION

medios por que no hay servicios de ambulancia y tampoco la pueden llamar por que no tienen radioteléfono.

Prestan servicios más que todo a los colegios, escuelas, jardines que están dentro de la zona. Entre los colegios está el Memorah, dentro de las escuelas está la Rebeca, Emma Villegas de Jordan, Jose Maria Carbonell, Eduardo Santos.

4.8. POBLACION.

El centro cubre una población de una 22.000 personas. Solicitan el centro más adultos que niños, siendo la población de mayor demanda la que está incluida en un grupo de 5-15 años y obstetricias.

4.9. RECURSOS.

4.9.1. HUMANOS.

El puesto constade

2 odontólogos; uno cumple un horario de 8 - 12

uno cumple el horario de 12 - 4 p.m.

2 médicos: médico de planta que atiende lunes, miercoles y jueves.

médico rural que atiende de 8 a.m. a 4 p. m.

que es el director.

1 auxiliar de enfermeria: atiende de 8 a 4 p.m.

1 auxiliar de odontología que presta servicio de 8 a 4 p.m.

1er APELLIDO

2o. APELLIDO(o DE CASADA)

NOMBRES

No HISTORIA CLINICA

EXAMEN DENTAL

ABRASION

NO SI

☐ ☐

MANCHAS

☐ ☐

PATOLOGIA PULPAR

☐ ☐OTROS _____
(cuales)OBSERVACIONES _____

SUPERNUMERARIOS

NO

SI



CARIES

NO

SI



OBTURADOS

NO

SI



18

17

16

15

14

13

12

11

21

22

23

24

25

26

27

28

55

54

53

52

51

61

62

63

64

65

DERECHO

LINGUALES

IZQUIERDO

85

84

83

82

81

71

72

73

74

75

48

47

46

45

44

43

42

VESTIVULAR

32

33

34

35

36

37

38

OTRAS OBSERVACIONES _____

D. DIAGNOSTICO

PRESUNTIVO

DEFINITIVO

E. PLAN DE TRATAMIENTO

NOMBRE, FIRMA Y CODIGO DEL PROFESIONAL

1 oficial de estadística

2 celadores: estos señores además de prestar el servicio celaduría, también hacen el aseo.

Los servicios se prestan de 8 a 4 p.m. en jornada continua.

4.9.2. MATERIALES.

Los recursos materiales en cuanto a odontología son insuficientes en instrumental para operatoria, no hay instrumental de perisdoncia, y no hay tampoco equipo de rayos x. Los archivadores son insuficientes por lo que biannalmente botan del archivo las historias.

Falta una sala especial para enfermería y para cirugía menor.

4.9.3. FINANCIEROS.

En el puesto las consultas no se cobran, por lo que el centro no maneja dinero, ya que en lo financiero depende de la regional.

4.10. MORBILIDAD.

Entre las principales causas de morbilidad que afectan a esta población encontramos:

Enfermedades gastro intestinales

Enfermedades de las vías respiratorias.

4.11. POBLACION.

La población asignada al puesto de salud No. 62, en el aspecto social, de clase media baja.

En cuanto a la población activa, son en su mayoría empleados de fábricas, talleres y trabajos independientes.

Se observa que los niños estudian es su mayoría, y centro de recreación como parques.

En cuanto a actividades, la población es dedicada a su trabajo y tiene muy poca participación en las actividades del puesto, a excepción de las actividades de vacunación de la población infantil.

4.12. CONCLUSION.

1. Ni se prestan servicios de urgencias médicas.

Las urgencias odontológicas se prestan más que todo a exodoncias.

2. Debido a su ubicación presenta buen servicio de transporte urbano y servicios de infraestructura.

3. No posee radioteléfono y tampoco ambulancias.

4. La población socialmente es de clase media baja.

5. En cuanto a previsión en odontología es mínimo este servicio.

6. La población no vive en tuburios, sino en casas de ladrillo y concreto.

4.13. RECOMENDACIONES.

1. Prestar servicio de urgencias médicas.
2. Dotar al puesto de salud de una ambulancia, al menos de radioteléfono para llamar a las ambulancias.
3. Dotar al puesto de salud de un equipo de rayos x para odontología.
4. Motivar más a la población en cuanto a métodos de prevención a nivel odontológico.

4.14. OBJETIVO GENERAL. (Nivel local)

Preservar y evolucionar la salud de la comunidad, prestando directamente en los hospitales locales y sus centros y puestos de salud.

Los servicios de atención a las personas y de atención al medio, mediante la ejecución de los programas de salud, derivados de la necesidad de las comunidades locales.

4.15. OBJETIVOS SUBSIDIARIOS.

4.15.1 OBJETIVOS DE OPERACION.

Activar los problemas de salud a través de la elaboración y desarrollo de los mismos, adaptandolos a las circunstancias de la localidad y cumpliendo las funciones de salud necesarias para la atención de las personas y al medio.

4.15.2 OBJETIVO DE ORGANIZACIÓN.

INFORMACION GENERAL

No de auxiliares de odontología social en servicios

No de Odólogos en servicio

Dias	Necesarios	1611533
Consultorio	Disponible	22 875
	Contratados $142570 \div 8$	17 821
Rendimiento	Programado	T = 5
	Observado	T = 4.2
Adecuación de volumen		16.8
Capacidad de contratación		72.9
Dias auxiliar consult. contratados		
Adecuación de auxiliar de consult.		

Mantener la e-estructura de organización del nivel local a fin de alcanzarla optimatización de la prestación de los -servicios de salud que demande la comunidad a través de las unidades ejecutorias que lo i ntegram con una dirección unipersonal y la asesoría y apoyo de los comités que representen los intereses de la comunidad.

4.16. OBJETIVO DE INTEGRACION DE RECURSOS.

Aplicar los recursos de salud de acuerdo a los programas de acción establecidos, a los presupuestos aprobados y a las normas de administración determinadas. Para obtener la eficaz atención de las necesidades principales.

4.17. OBJETIVO DE DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS.

Conseguir la adecuada capacitación del recurso humano de acuerdo a las necesidades y circunstancias de la localidad y, de conformidad de los problemas diseñados.

4.18. FUNCIONES.

1. Elaborar los programas de salud a partir de las necesidades y recursos, sobre prestación del servicio de atención a las personas y al medio.
2. Someter a la aprobación del nivel regional los proyectos del programa de salud a desarrollar.
3. Elaborar el presupuesto del puesto de Salud y someterlo a estudio y aprobación del nivel regional correspondien-

REGIONAL:

DIARIO MENSUAL ACTIVIDADES NUTRICION PROGRAMA "PAFI"

FECHA _____ DIA _____ AÑO _____ CENTRO SALUD _____ BARRIO _____ HOJA No. _____

[illegible]

SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.

DIVISION DE ATENCION MEDICA

CENTRO DE SALUD No. _____

HISTORIA CLINICA No. _____

TRASLADO AL CENTRO DE SALUD No. _____

Apellidos paterno materno

nombres

padre

SEXO masculino ☐
femenino ☐ EDAD _____
madre

Documento de identificación _____ Fecha de apertura _____

Dirección del domicilio _____ Teléfono _____

Ocupación del padre _____ Ocupación de la madre _____

Ingreso mensual de la familia PADRE _____ MADRE _____

Número de Hermanos HOMBRES _____ MUJERES _____ TOTAL _____

Persona que lo acercó al centro de salud _____

Dirección _____ Teléfono _____

Antecedentes médicos inmediatos causa por la cual acude al centro de salud _____

VACUNACIONES	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Antivariolico P.						
Antivariolico R.						
B. C. G. P.						
B. C. G. R.						
D. P. T. 1a. D.						
D. P. T. 2a. D.						
D. P. T. R.						
Polio oral 1a. D.						
Polio oral 2a. R.						
Polio oral R.						
FIEBRE AMARILLA 1a. D.						
FIEBRE AMARILLA R.						

TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA

CEPILLADO 1V. ☐ 2V. ☐ 3V. ☐ NO ☐ Caries dental: aguda ☐ cronica ☐

Gingivitis marginal ☐ papilar ☐ General ☐ codigo odontologico ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

INTERVENCION PRACTICADA

	diente		Diente
FECHA	—+—	FECHA	—+—
FECHA	—+—	FECHA	—+—
FECHA	—+—	FECHA	—+—
FECHA	—+—	FECHA	—+—
FECHA	—+—	FECHA	—+—

S. S. B.
REGIONAL

DIARIO MENSUAL ACTIVIDADES PROGRAMA "PAFI"
EDUCACION EN SALUD

FECHA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ CENTRO SALUD _____ BARRIO _____ HOJA No. _____

[illegible]

REGIONAL _____

PROGRAMA "PAFI"

FECHA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ CENTRO DE SALUD No. _____ BARRIO _____ HOJA No. _____

[illegible]

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

INSTITUCION U ORGANISMO

(tipo y nombre)

C O D I G O

COMPONENTE

5 - 14 AÑOS

SECCION DEL PAIS

ZONA: URBANA

RURAL

MES

AÑO

MUNICIPIO

[illegible]

S . S . B
REGIONAL

**DIARIO MENSUAL DE ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS
PROGRAMA "PAFI"**

FECHA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ CENTRO SALUD No. _____ BARRIO _____ HOJA No. _____

[illegible]

S . S . B

REGIONAL No

DIARIO Y MENSUAL ACTIVIDADES PROGRAMA "PAFI"

ENFERMERIA

FECHA

DLA

MES

AÑO

CENTRO SALUD No.

BARRIO

HOJA No.

[illegible]

REGIONAL _____

DIARIO MENSUAL ACTIVIDADES MEDICAS PROGRAMA "PAFI"

FECHA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ CENTRO DE SALUD No. _____ BARRIO _____ HOJA No. _____

[illegible]

4. Prestar los servicios de medicina general, odontología y saneamiento ambiental de acuerdo a los programas ya establecidos.
5. Ayudar a la capacitación y utilización del recurso humano y a la educación de la comunidad en salud.
6. Realizar los procedimientos que determinen los subsistemas nacionales, para activar los flujos de información y decisión en todo el Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO V

5.1. INTRODUCCION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL.

Para hablar de salud oral primero que todo debemos conocer lo que significa "salud". La definición que nos da la organización mundial de la salud es que la salud no sólo está la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social de la persona y de la comunidad como un todo.

La salud es un medio por el cual se llega a desarrollar un país, por lo tanto el estado debe estar pendiente de esta situación para llevar la salud individualmente. Esta atención que se le hace a cada persona y a la comunidad debe ser una atención integral en los aspectos de fomento, protección y recuperación, por todo lo anterior la salud oral debe ser resultante de una planificación y acciones coordinadas con los diferentes sectores.

Para que todo esto se cumpla hay que tener muy en cuenta primero que toda la capacitación del personal y auxiliar, pues esto va a influir en el tratamiento integral que se le vaya a dar al paciente.

En términos generales al analizar nuestro país podemos decir que en Colombia predominan dos patologías orales , principalmente las cuales son caries dentales y enfermedad periodontal. Así tenemos que en estudios experimentales el 91% de la población colombiana comprendida entre los cinco años y más a sido afectada de caries dental en la siguiente forma:

- El 76% de la población escolar.
- El 96% de la de trece a diez y nueve años.
- El ciento por ciento de la mayor de cuarenta y cinco años.

En las personas de cinco años en adelante el 58% de los dientes han sido atacados por la caries, habiendose servido el 34% y necesitando tratamiento el 24%.

En cuanto a enfermedad periodontal tenemos que el 89% - de la población mayor de cinco años sufre de esta patología y de ella el 58% presenta estados avanzados de esta enfermedad.

Estas mismas patologías conllevan a la necesidad de protesis dentro de la población y es así como vemos que el 67% de la población necesita protesis dental.

El plan que el Sistema Nacional de Salud tiene para este desarrollar este programa es por medio de la división de salud oral, toma un conjunto de recursos humanos, financieros, físicos, tecnológicos y administrativos los cua-

les van a servir para orientar las necesidades que tiene la población colombiana.

Los objetivos y estrategias de este programa consistieron principalmente en desarrollar programas para la prevención y fomento de la salud oral de las patologías que más afectan a nuestro país; desarrollar programas curativos que den solución a los problemas que se presentan en salud oral.

Entre las estrategias tenemos:

- a. Uso del fluor como método de prevención primaria para la caries dental.
- b. Intesificación de la educación en salud oral, mediante una adecuada coordinación con el sector educativo.
- c. Promoción del cambio en la estructura de la ocupación de la odontología, entendido como una unidad de conocimientos que deben realizarse por un equipo de personas con diversos grados de capacitación.
- d. Oferta de la población, objetivo de servicios de prevención primaria, medicina oral restauración, cirugía, ortodoncia, el fomento de la participación de la profesión organizada en el desarrollo de la política nacional de salud oral de acuerdo a todo lo anterior vemos que lo que se ha hecho en el país ha sido:
 - Se pusieron en marcha de manera organizada servicios de prevención, medicina oral , operatoria, endo-

5 dncia, periodoncia, cirugía y proeésis.

- Se ha dado énfasis al programa de delegación de funciones en personal auxiliar, incrementando su número con el fin de dar mayor cobertura de atención.
- Se han hecho entrega de servicios odontológicos y por esto mismo se ha aumentado la oferta de servicios a la población.
- El programa preventivo de soluciones tópicas a cubierto una mayor cantidad de la población escolar,
- Se implemento la fluoruración de las aguas de consumo público en el país, con la dotación de equipos dosificadores y sales de fluor en 54 ciudades intermedias con lo cual se logró una mayor cobertura.

La prevención de caries lograda mediante la fluorización de aguas de consumo y aplicaciones tópicas con soluciones de fluor, lograra apreciable reducción con el tiempo, y costos de los tratamientos de las necesidades por persona, aumentando por consiguiente la cobertura de toda la población.

Como hemos dicho ya el tratamiento odontológico que se le tiene que dar al paciente es un tratamiento integral, esto quiere decir que los programas de este tipo tienen que estar encaminados especialmente a actividades como son: operatoria dental, periodoncia, cirugía oral, endodoncia, medicina oral, prótesis y ortodoncia; hablaremos más detalladamente de cada una de ellas más adelante.

Para poderle brindar este programa integral al paciente, primero que todo debemos tener en cuenta que el odontólogo debe poseer una optima salud dental es decir, que no tenga necesidades odontológicas insatisfechas, y además que practique escrupulosamente los procedimientos que el consultorio recomienda para el mantenimiento de la salud bucal y general.

Pero para realizar este programa de salud oral no solamente debe estar presente los odontólogos sino que estos deben delegar funciones para que la odontología progrese, más aún a causa de la escases de mano de obra profesional y acumulación de enfermedades bucales ya mencionadas, más el aumento de la demanda de servicios odontológicos que se ha observado en los últimos años como consecuencia de la mejora del nivel económico y educacional del público, el precio del tiempo del odontólogo ha alcanzado grandes cifras por lo tanto, si se quiere que estos programas sean accesibles a la mayoría de la población, la única solución es la delegación de funciones al auxiliar, para esto el personal auxiliar debe estar entrenado convenientemente.

Idealmente el personal debería incluir como mínimo una recepcionista secretaria, asistente e higienista dental. Ahora si tratamos a definir cada una de las actividades más importantes dentro del programa de salud oral.

En cuanto a la apertura se refiere, la causa para que

este tratamiento se realice es la caries dental que como ya definimos anteriormente es uno de los programas - que más merecen atención dentro de nuestra población; la operatoria dental se debe realizar en una forma cualitativa, es decir, con el mayor esmero posible del profesional y en una forma muy idónea, se debe tratar de que las obturaciones se hagan en material definitivo en una misma cita, esto buscando siempre que sea lo mejor para el paciente.

Periodoncia: para hablar de periodoncia entendemos que hablar de enfermedad periodontal y con este nombre se conoce diversas condiciones patológicas, caracterizadas por la producción de inflamación y / o destrucción del periodonto, es decir los tejidos que conectan y soportan los huesos maxilares, como consecuencia de estos, el resultado final es movilidad y en última instancia la pérdida de los dientes afectados. Pero la periodoncia no solo trata de la enfermedad periodontal sino de la prevención que comprende:

- Control de placa.
- Educación sanitaria.
- Limpieza de los dientes.
- Utilización del fluor.
- Colocación de sellantes.

En cuanto al control de placa se observa que la placa es el factor número uno en la producción de la mayoría

de las enfermedades bucales, por esto al paciente debe hacercele regularmente el este procedimiento al empezar su tratamiento odontológico y enseñarle cual es su poder patológico. Dentro de esta misma actualidad hay que enseñarsele la remoción de la misma mediante la enseñanza de un cepillado correcto con demostraciones.

En cuanto a fluorización se está haciendo por vía general, (sal , agua) itópica.

A nivel consultario se hace por vía tópica y se utiliza en fluoruro de sodio al 2%; el fluoruro de estaño que se utiliza al 8 y 10% en niños y adultos respectivamente; las soluciones asiduladas el método de aplicación en soluciones y geles e independientemente del sistema que se utilice, el procedimiento debe estar prescedido de una limpieza de las superficies de los dientes con el objeto de remover depositos superficiales de los dientes deat una capa de esmalte reactiva al floriro.

La efectividad de estas aplicaciones es que los resultados de más de 100 estudios clínicos de estas aplicaciones es que de los resultados indican que este método es una contribución significativa a la prevención parcial de la caries dental . Otro procedimiento de aplicación del fluor son las autoaplicaciones, es una de las soluciones propuestas por la profesión odontológica en respuesta al problema creado por la insuficiencia de mano de obra profesional y al alto costo de las

aplicaciones tópicas convencionales.

En cuanto a los selladores oclusales en esto vamos a profundizar algo más pues como veremos más adelante es uno de los programas que más se están realizando dentro de nuestro nivel local que nos interesa. Ese método surgió como consecuencia de la observación de que la gran mayoría de las caras oclusales de los primeros y segundos molares terminaban por cariarse tarde o temprano, entonces se utiliza material inerte para prevenir la caries en estos sitios. La aplicación de estos es la siguiente: los molares y dientes que se van a sellar deben ser limpiados escrupulosamente con cepillos y pastas abrasivas, después de esto el paciente se enjuaga, los dientes se alisan con rollos de algodón, a continuación se aplica uno o dos gotas de una solución de ácido fosfórico al 50% y se le deja actuar durante 60 segundos, la aplicación se realiza con una bolita de algodón, con el objeto de asegurar su uniforme distribución, una vez hecho esto se lava y se evita la contaminación con saliva, se aplica entonces el sellador con un pincel. Después de esto la superficie del sellador debe ser examinada con el fin de verificar.

Entre las dudas y problemas que deben ser resueltos, quizás el más importante se refiere a que pasaría si el sellador se aplica sobre una fisura cariada. El protocolo es que los sellantes se colocan sobre bacterias, estudios realizados demuestran que los sellantes no suprimen totalmen-

te los germenés, pero que sin embargo, los reducen en forma acentuada, otros de los interrogantes que existen es sobre el proceso de maduración del esmalte, el inconveniente es que bloqueen la salida y por consiguiente la maduración. A pesar de estas opresiones este medio es muy recomendado con el uso del fluor para la prevención de la caries dental.

5.2. PRESENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL EN EL CENTRO DE SALUD No. 62 "Lafayette".

EL programa de salud oral en el centro Lafayette no es muy complejo pues primero que todo debemos decir que es casi como un consultorio odontológico dentro de un colegio, pues como ya se dijo en el capítulo anterior este centro de salud está ubicado dentro de un colegio, y por esta misma razón la mayoría de los pacientes que se atienden en este consultorio son escolares (casi un 74% de la población asignada); no dejan sin embargo de atender a obstetricias y el equipo de "otros" aunque en menor escala.

Debido a esta misma razón los programas específicos que se realizan en este centro son básicamente dos, prevención y tratamiento odontológico.

Pero para realizar estos programas se han tenido en cuenta varios factores sacados de observaciones realizadas.

Entre estos factores encontramos como ya dijimos su ubica-

RESUMEN MENSUAL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

INSTITUCION U ORGANISMO

C. S. 7 62
(TIPO Y NOMBRE)

CODIGO

ACION DEL AÍ

Cond

ICIPIO

Bogotá

MES

01-07

AÑO

82

TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

A	ACTIVIDADES		TOMAR DEL SIS-160 (R-32) LAS COLS	GRUPOS DE POBLACION			TOTAL	
				5 - 14 AÑOS	15 - 44 OBSTETRICAS	OTROS		
1	SESION DE 1a. VEZ		(COL 3)	374	51	110	535	
2	SESION REPETIDA		(COL 4)	779	168	154	1.101	
3	ATENCIONES DE 1a. VEZ		(COL 5)	710	120	179	1.009	
4	PACIENTES CONTROLADOS		(COL 34)	300	45	45	390	
5	OPERATORIA	ATENCION DE 1a. VEZ	(COL 6)	322	52	89	433	
6		ATENCION REPETIDA	(COL 7)	702	157	123	982	
7		DIENTES OBTURADOS CON MATERIAL DEFINITIVO		(COL 8)	843	169	100	1.112
8		TRATAMIENTOS TERMINADOS		(COL 9)	164	18	13	195
9	ENDODONCIA	ATENCION DE 1a. VEZ	(COL 10)	121	45	32	198	
10		ATENCION REPETIDA	(COL 11)	80	20	15	115	
11		DIENTES TERMINADOS	(COL 12)	67	15	7	89	
12		TRATAMIENTOS TERMINADOS	(COL 13)	25	15	7	87	
13	PERIODONCIA	ATENCION DE 1a. VEZ	(COL 14)	5	2	6	13	
14		ATENCION REPETIDA	(COL 15)	1	1	4	6	
15		TRATAMIENTOS TERMINADOS		(COL 16)	5	1	6	12
16	CIRUGIA ORAL	ATENCION DE 1a. VEZ	(COL 17)	214	15	57	286	
17		ATENCION REPETIDA	(COL 18)	88	12	20	120	
18		EXODONCIA	EN TEMPORALES	(COL 19)	349	-	6	355
19			EN PERMANENTES	(COL 20)	65	22	91	179
20		TRATAMIENTOS TERMINADOS		(COL 21)	153	10	12	175
21	MEDICINA ORAL	ATENCION DE 1a. VEZ	(COL 22)	48	6	25	79	
22		ATENCION REPETIDA	(COL 23)	8	4	10	22	
23		TRATAMIENTOS TERMINADOS		(COL 24)	28	5	13	46
24	PROTESIS	ATENCION DE 1a. VEZ	(COL 25)					
25		ATENCION REPETIDA	(COL 26)					
26		APARATOS PARCIALES REMOVIBLES		(COL 27)				
27		APARATOS PARCIALES FIJOS		(COL 28)				
28		APARATOS TOTALES		(COL 29)				
29		TRATAMIENTOS TERMINADOS		(COL 30)				
30	ORTODONCIA	ATENCION DE 1a. VEZ	(COL 31)					
31		ATENCION REPETIDA	(COL 32)					
32		TRATAMIENTOS TERMINADOS		(COL 33)				

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

SUB-SISTEMA DE PLANEACION

PAS - 1.5
1982

PROGRAMACION

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DEL: BOGOTA

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

UNIDAD REGIONAL DE: IN°4 SANTA CLARA.

UNIDAD LOCAL DE: CENTRO DE SALUD N°62 La Fayette 1982

ORGANISMO: _____

E D A D E S	POBLACION TOTAL	RESPONSABILIDAD ASIGNADA		FACTIBILIDAD TECNICO FINANCIERA				
		POBLACION ASIGNADA	INSTRUMENTOS NECESARIOS	CUANTIFICACION			POBLACION A ATENDER	COBERTURA
				INSTRUMENTOS	TRATAMIENTOS INICIADOS	TRATAMIENTOS TERMINADOS		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
5 - 14 AÑOS	3.984	2.709	139	197	1.379	1.034	689	24.7
15 - 44 AÑOS OBSTETRICAS	465	465	23	20	140	77	70	15.0
OTROS	15.949	11.678	584	33	231	69	231	2.0
TOTAL	20.398	14.932	746	250	1.750	1.180	990	6.6

Dibujos: a.f.b.

muerte

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMACION

SUB-SISTEMA DE PLANEACION

ACCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA
1982

PAS - 14
1982

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE Pitalito

UNIDAD REGIONAL DE Huila

UNIDAD LOCAL DE Comunidad de Pitalito

ORGANISMO Comunidad de Pitalito

E D A D	POBLACION TOTAL	RESPONSABILIDAD ASIGNADA			FACTIBILIDAD TECNICO - FINANCIERA			
		POBLACION ASIGNADA	CUANTIFICACION		CUANTIFICACION		POBLACION A ATENDER	COBERTURA
			ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS	INSTRUMENTOS	ACTIVIDADES		
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
5 - 14 AÑOS	29.113	97.377	97.377	24.344	4.000	12.050	12.000	37.9

Diseño e.f.c.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

TABLA DE ANALISIS

SUB SISTEMA DE PLANIFICACION

ACCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA

PAS-142
1982

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE BOGOTA
UNIDAD REGIONAL DE Nº 4 SANTA CLARA,
UNIDAD LOCAL DE _____
ORGANISMO _____

EDAD	RENDIMIENTO (Con base en series terminados)		COBERTURA	
	OBSERVADO	PROPUESTO	OBSERVADA	PROPUESTA
	(1)	(2)	(3)	(4)
5-14 AÑOS	2.2	3.0	0.4	3.8

Diseño e.f.a

ción; debido a esto el centro de salud no muy popular porque su población es una comunidad cautiva.

En cuanto al recurso humano conque cuenta este centro encontramos que hay un estadista, dos odontólogos y un auxiliar, para este programa de salud oral.

El odontólogo de la mañana es el doctor Alberto Perilla que trabaja de 8 a 12 a.m., de la tarde es el doctor Vladimiro Gómez de Villa que trabaja de 2 a 6 p.m.. Estos atienden un promedio de ocho pacientes diarios, la auxiliar del consultorio odontológico trabaja mañana y tarde y se encuentra en este centro desde hace muy poco y hasta ahora la están adiestrando para el cumplimiento de sus funciones. Este centro creemos que está cumpliendo con las políticas del sistema nacional de salud que es atender en prioridad al grupo de población escolar puesto que es el que se ve más afectado en nuestro país.

Específicamente los programas que efectúa este centro en cuanto salud son:

1. Prevención: es la actividad que está más desarrollada en este centro se hace aplicación del fluor, (ese año no se hizo por parte del centro porque el Colegio Odontológico Colombiano lo realizó) y aplicación de sellantes de fosetas y fisuras.

Se hacen conferencias tanto a Madres como a hijos sobre la importancia de la salud oral.

es una de las actividades a que más se dedican los odontólogos de dicho centro y en lo que mejor están dotados, en cuanto a suministros o recursos físicos de consumo.

2. Operatoria: también está muy desarrollada esta actividad y se realizan opturaciones en amalgama, en resinas y opturaciones temporales.
3. Cirugías; realizan exodoncias, método cerrado en temporales y permanentes, también hacen exodoncias de incluidos pero esto muy de vez en cuando.
4. Endodoncia: los tratamientos endodonticos son en realidad muy pocos, esto debido especialmente a la falta de rayos x, los que se llegan a hacer es porque el paciente se manada tomar las radiografias por fuera y se le optura con cono de gutapercha.

Por lo tanto en lo que ha endodoncia se refiere se hacen pulpectomias y se le indica al paciente que este tratamiento está sin terminar.

Sin embargo si se hace con bastante frecuencia lo que es momificación y pulpectomias esto especialmente en niños.

En lo que se refiere de prostodoncia, protesis total, removible, fija, incrustaciones, coronas, postes, no se hacen en este centro porque según dicen ellos no hay ningún elemento para ello además el pedido no es mayor.

5. Periodoncia: se hace más que todo la profilaxis aunque

también el curetaje y el dadartaje, pero todo esto en su fase uno.

Una de las limitantes que se encuentran en este centro para desarrollar las actividades en lo que hace referencia a los suministros; pues empezando por el instrumental es muy deficiente por ejemplo para hacer curetaje no se tiene propiamente curetas sino que lo hacen con raspadores u otro instrumento parecido, y así sucede con las demás actividades que se realizan.

En materiales también solamente hay lo estrictamente necesario no tienen aprovisamiento de nada a excepción hecha del fluor y sellantes de fisuras y facetas.

En cuanto a recursos físicos se requiere cuenta con un módulo con su sillón auxiliar no en muy buen estado, un esterilizador pequeño y unas gavetas. La sala de espera está compartida con la de medicina pues son unas bancas, donde incluso, se realiza la vacunación de los niños.

En cuanto a los subsistemas ninguno de estos está muy bien desarrollado.

El objetivo final es terminarle el tratamiento al paciente que viene a solicitar los servicios odontológicos a este centro y ésta con criterio de calidad con los recursos humanos, físicos y financieros con que cuenta este centro y esto con criterio de calidad.

La participación de la comunidad en este programa es bueno pues la gente hasta ahora está empezando a motivarse por la salud oral, especialmente de sus hijos.

Lo que falta es participación de la comunidad en la población de obstetricias y otros. Pues esta población prefiere ir a consultorios privados.

CAPITULO VI.

ANALISIS Y EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL.

6.1. Actualmente en Bogotá a nivel local se están desarrollando dos programas de salud oral en beneficio de la comunidad que son acción preventiva odontológica como actividades finales, y *tratamiento odontológico.*

En los últimos años hemos observado que la odontología preventiva a tomado rumbos expansivos de gran importancia y velocidad notable. En diferentes medidas se está promocionando la odontología preventiva, presentando técnicas y métodos eficaces si se aplican y practican con todos los debidos cuidados que requiere y donde el principal autor es la comunidad, con gran concretización y estimulación que el odontólogo les halla impartido. Con esta rama de la profesión y aplicando una serie de técnicas vamos a procurar prevenir, Las enfermedades bucales, o si ya están instauradas en bocas tratar de

detener el desarrollo de la enfermedad lo más rápido posible y suministrar la adecuada rehabilitación en forma y función., además vamos a proporcionar a los pacientes conocimientos y motivarlos para prevenir la recurrencia de los diferentes tipos de morbilidad oral. Aplicando esta técnica tiene una serie de limitantes tanto por el profesional de la salud como de la comunidad, podemos mencionar podemos mencionar varios de ellos.

- El odontólogo no le da la debida importancia que esta merece y como no es lucrativa no la aplica o muy esporadicamente con paciente predilectos.
- También se le acusa al alto porcentaje de la comunidad que desconocen el significado, alcance grandes beneficios que la odontología preventiva les va a prestar.

Si la odontología preventiva está por debajo en aspectos de remuneración en comparación con la restauradora es porque la comunidad no tiene todavía conciencia y desconocen los servicios preventivos que los odontólogos pueden brindarle. Este estado de la comunidad tiene raíces históricas y tradicionales, tanto la odontología como otras artes de curar nació para curar al hombre enfermo y no para prevenir que el hombre sano se enfermara y por esto la comunidad solo paga lo que se vé, o si se quiere por el tamaño o aspecto de la restauración instalada al paciente y no se tiene en cuenta para nada el valor como un servicio de salud.

Afortunadamente la enseñanza de la odontología en las universidades en los últimos años esta tomando una filosofía nueva, haciendo énfasis que la profesión tienen nuevos rumbos y que comience a desplazarse como debe hacia la prevención. Esperemos que la odontología dentro de muy poco tiempo llegue a influir lo suficiente como para ser aplicada en la práctica odontológica diaria como operatoria o cirugía oral.

En sus términos más simples esta nueva actitud debe comprender un desarrollo de nuevas escalas de valores odontológicos donde los más altos se han dado al mantenimiento y preservación de la salud oral y las rehabilitación sea considerada como una parte necesaria de la práctica profesional. No hay nada más gratificante para un odontólogo al comprobar que como mediante la aplicación de principios preventivos adecuadosle es posible promover y preservar la salud de un paciente y observar la satisfacción y el agradecimiento de pacientes que descubren y tienen la posibilidad si ellos quieren a conciencia mantener sus dientes naturales por el resto de sus días.

Una de las técnicas preventivas en beneficio de la comunidad es la que lleva el nombre de terapias sistemas con fluor, caracterizada por la ingesta el particular durante la fase de formación de tejidos dentores y el más común de estos procedimientos es la fluorización de aguas,

que contienen cantidades optimas de fluor 1 p.p.m. y en consecuencia es considerada como primer lugar. La fluoración de aguas de consumo es hasta hoy día uno de los métodos más eficaces proporcionados a la comunidad una protección parcial contra las caries. Teniendo una opción preventiva del 50 a 60% en cuanto al tratamiento odontológico se refiere a nivel local. Se está presentando a la comunidad cinco actividades finales que son

- Operatoria
- Periodoncia.
- Endodoncia.
- Cirugía oral.
- Medicina oral.

Las otras dos actividades no se prestan a la comunidad debido a su alto costo, ausencia de materiales y laboratorios dentales que trabajen estrechamente con estas entidades del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto al centro de Salud la Fayette el programa de acción preventiva odontológica se presta directamente a la comunidad por los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano y las auxiliares de higiene oral el cual está dirigido principalmente al grupo de escolares de cinco a catorce años. Debido a su ubicación geográfica dentro de un colegio y por que esta población escolar es la más seceptible al daño de caries dental y en-

fermedad periodontal dandole mayor prioridad.

La teoria preventiva es la que se aplica con mayor regularidad en este centro gracias a las facilidades que se tienen al ser aplicadas en una población cautiva, estos son:

- Control de placas bacterianas por ser el factor fisiológico principal de caries dental, mediante una buena educación y conocimiento de la placa bacteriana en términos sencillos claros y entendibles para el niño y sus efectos a los cuales conlleva; también mediante una efectiva remoción de la placa la cual se hace con una buena enseñanza de cepillado.
- Otros de los servicios preventivos que presta el centro es el de enseñar y motivar al niño para que se haga su propia prevención que es la autoaplicación del fluor que consiste en que el niño conozca el efecto que produce el fluor en sus dientes, fortaleciendolos y haciendolos más resistentes a la caries; de esta manera los niños son motivados y hacen sus prácticas de autoaplicación como sigue: efectúan un cepillado sobre sus dientes con una pasta abrasiva, (piedra pómez) se juaga la boca y precisamente se les ha preparado el fluor en una solución al 0.2% hacen enjuagatorios aproximadamente por un minuto. Los estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano le da ciertas recomendaciones

EJECUCION DE PROGRAMACION 1982

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

PAS; 1.3.1.

SERVICIO SECCION DE SALUD DE Bogotá D. E.
 UNIDAD REGIONAL DE Santa Clara
 UNIDAD LOCAL DE Lafayette
 ORGANISMO Puesto de Salud.

E D A D E S	POBLACION ASIGNADA	SESIONES DE 1a VEZ			COBERTURA		T R A T A M I E N T O S							CONCENTRACION		Dist. % Inst.
		PROGRAM	REALIZAD	% CUMPLIMI	PROGRAM	OBSERVAD	I N I C I A D O S			T E R M I N A D O S			CONTINUID %	PROGRAMADA	OBSERVADA	
							PROGRAM	REALIZAD	% CUMPLIME	PROGRAMA	REALIZAD	% CUMPLIMI				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
5 - 14 AÑOS	2789	689	498	72.2	24.7	17.8	1379	946	68.6	1034	553	53.4	58.4	2.0	1.9	74
15 - 44 ANOS OBSTETRICAS	465	70	68	97.1	15.0	14.6	140	160	114.2	77	65	84.4	40.6	2.0	2.4	11
OTROS (ver instructivos)	11678	231	146	63.6	1.9	1.2	231	238	103.0	169	68	40.2	28.5	1.0	1.6	15
TOTAL	14932	990	712	71.9	6.6	4.7	1750	1344	76.8	1180	686	58.3	51.2	1.7	1.9	100%

I N F O R M A C I O N G E N E R A L			
Q	No DE AUXILIARES DE ODONT SOCIAL EN SERVICIO		1
R	No DE ODONTOLOGOS EN SERVICIO		2
S	DIAS CONSULTORIOS	NECESARIOS	746
T		DISPONIBLES	250
U		CONTRATADOS	180
V	RENDIMIENTO	PROGRAMADO	7.5
X		OBSERVADO	8
Y	ADECUACION DE VOLUMEN		%
Z	CAPACIDAD DE CONTRATACION		
Z'	DIAS AUXILIAR CONSULT. CONTRATADAS		250
Z''	ADECUACION DE AUXILIAR DE CONSULT.		100 %

I N F O R M A C I O N F I N A N C I E R A					
RUBROS		COSTO PROGRAMADO 1.981	COSTO OBSERVADO 1981	FACTOR DE CORRECCION	COSTO PROYECTADO 1982
COMPONENTES DEL COSTO	SERV. PERSONALES				
	SUMINISTROS				
	GASTOS GENERALES				
COSTO TOTAL ACTIVIDAD FINAL					
COSTO UNITARIO DEL INSTRUMENTO					

como la de no jugarse la boca ni ingerir alimentos por lo menos en una hora.

Otro de los servicios que presta el centro de acción preventiva odontológica es la aplicación de sellantes de fasetas y fisuras para la población escolar. Se da gran énfasis para los efectos preventivo de un 60% y debido a que cuenta con una gran proporción de este suministro fungible.

Esta labor es realizada por la auxiliar de higiene oral quien le ha prestado mucha importancia a este campo de la odontología preventiva.

6.2. TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO.

En cuanto a la ejecución del tratamiento odontológico en el centro de salud relacionado con lo programado tenemos:

- Tiene como responsabilidad una población de 14.932 habitantes y de acuerdo con los recursos con que cuenta tanto humanos como financieros y un conocimiento de la situación real de la comunidad piensa tener una captación de pacientes de 990, distribuidos por grupos etareos así:

- De 5 a 14 años689
- De 15 a 44 años.....
- Obstetrica.....70

- Otros.....231

TOTAL.....990

Como se observa es muy poca la población que va al servicio de salud oral debido a un deficit de recursos financieros y a un alto instrumento contando sólo con 250. Lo anterior o sea lo que se tenia programado y lo que se realiza realmente es como sigue:

- De 5 a 14 años.....498

- De 15 a 44 años.....68

- Otros.....146

TOTAL.....712

Evaluando estos datos podemos apreciar que hay un porcentaje de cumplimiento aceptable en los tres grupos, siendo mayor el grupo de obtétrica, pero debido a que es el grupo de escolares hay mayor población si se considera satisfactoria.

En relación porcentual entre el número de personas atendidas con relación con el número total de personas susceptibles o enfermas por un determinado daño población a atender en nuestra área de responsabilidad programática que es la cobertura. Lo observado en relación con lo programado es bastante baja.

Cobertura por grupos de edad.

	PROGRAMADA	OBSERVADA
_ De 5 a 14 años.....	24.7.....	17.8
- De 15 a 44 años.....	15.0.....	14.6
- Otros.....	1.9.....	1.2
TOTAL.....	6.6.....	4.7

En el grupo de escolares desconociéndose la causa podría citar alguna razón para justificar estos datos que podría ser que durante un período del año hubo una demanda esporádica de servicios en el grupo de obstetricia y otros. Tratamientos terminados.

Programados

- De 5 a 14 años.....	1.344
- De 14 a 44 años.....	77
- Otros.....	69
TOTAL.....	1.180

Realizados

- De 5 a 14 años.....	553
- De 15 a 44 años.....	65
- Otros.....	68
TOTAL.....	-.....689

Al observar esto nos damos cuenta que el porcentaje de cumplimiento de tratamientos terminados es mayor en el grupo de obstetricia y otros y en el grupo de escolares es bajo; esto nos está indicando que existe un problema

en el centro de salud y la población escolar puesto que el porcentaje de cumplimientos debería ser mayor por su ubicación geográfica y con una población cautiva.

Como se observa la cobertura más alta se encuentra en la población escolar y la más baja en el grupo de otros, creemos debido a la falta de motivación de la comunidad y desconocimiento de centro de salud por parte de esta.

Tratamientos iniciados programados:

- De 5 a 14 años.....	1.379
- De 15 a 44 años.....	140
- Otros.....	230
TOTAL.....	1.750

Tratamientos iniciados realizados.

- De 5 a 14 años....	946
- De 15 a 44 años.....	160
- Otros.....	238
TOTAL.....	1.344

Al hacer una comparación entre lo ejecutado y lo programado salta a la vista que un porcentaje de cumplimiento excelente para el grupo de obstétrica y otros puesto que se realizó más de lo que se había programado notándose un poco baja. la escolar.

Por grupos etareos es:

- De 5 a 14 años.....	58.4
- De 15 a 44 años.....	40.6
- Otros.....	28.5
TOTAL.....	51.2

Observando y analizando la continuidad es mala para todos los grupos de esta, es decir la calidad del tratamiento que se está presentando es regular, puesto que se estan iniciando mucgos tratamientos y pocos se terminan, no tandose más bajo en el grupo de otros.

Concentración:

Por grupo etareos es:

Concentración programada

- De 5 a 14 años.....	2.0
- De 15 a 44 años.....	2.0
- Otros.....	1.0
TOTAL.....	17.

Concentración propuesta:

- De 5 a 14 años.....	1.9
- De 15 a 44 años.....	2.4
- Otros.....	1.6
TOTAL.....	1.....1.9

Analizando la concentracuón vemos que aumento encuanto a lo programado en el grupo de obstetricas y otros manteniendose

más o menos constante en el grupo de escolares.

Distribución porcentual del instrumento.

Observada.

- De 5 a 14 años.....	74%
- De 15 a 44 años.....	11%
- Otros.....	15%
TOTAL.....	100%

Haciendo un breve analisis observamos que la distribución del instrumento (tiempo) está dirigido en mayor porcentaje a la población escolar debido a la ubicación geográfica del puesto de salud y a que cuenta con una población autiva escolar.

Rendimiento:

Programado.....7

Observado.....7.5

El número de captación de pacientes por día aumento un poco en cuanto lo programado pero creemos que se puede aumentar más en cuanto que el instrumento se trabajo 180 y vemos que se perdieron 70 dias, entonces por esta razón creemos que si el odontólogo cumple su horario y no pierde tanto tiempo se podria aumentar el rendimiento y los demás atributos aumentando así la atención odontológica en términos de calidad y cantidad.

CAPITULO VII.

PROPUESTAS PARA LA PROGRAMACION DE LA SALUD ORAL A A NIVEL LOCAL PARA 1983.

7.1. Se debe conservar la distribución de la población según su grupo de edad, en la forma siguiente:

- De 5 a 14 años.
- De 15 a 44 años.
- Otros

7.2. Se debe seguir el orden de prioridad de niños obstetras y otros, ya que hemos comprobado que de esta manera los tratamientos en la programación deben tener esa prelación si se toma en cuenta prevención.

7.3. En lo posible comenzar con la población de menor edad para hacer prevención de tal manera que la historia natural de la enfermedad nunca se produzca o sea estancada para una mejor programación.

- 7.4. La relación entre cobertura programada y cobertura observada debe edtar en relación directa a las sesiones de primera vez, dando una máxima cobertura a la población de 5 a 14 años, sin dar margen a una mínima atención a la otra población.
- 7.5. La relación de tratamientos iniciados, programados y realizados, deben ser similar a lo que se vió en cuanto cobertura, de tal manera que el aumento de la cobertura hace que aumenten los tratamientos iniciados programados y realizados.
- 7.6. Se debe relacionar tratamiento terminado, realizado programado, con realizado terminado; de esta manera con mayor numeral de tratamiento de 5 a 14 años luego obstetricias y después otros.
- 7.7. En la distribución porcentual del instrumento apreciamos la importancia que se le debe dar al grupo de 5 a 14 años y obstetricias.
- 7.8. Se debe aumentar la distribución porcentual del instrumento a la población dicha anteriormente o sea de 5 a 14 años y obstetricias, tratando de bajar dias para equilibrar la balanza demanda - atención.

7.9. La concentración debe ser ~~mayor~~ para los grupos etareos así:

- De 5 a 14 años.
- De 15 a 44 años
- Otros.

No { y ~~no~~ se debe aumentar porque al aumentar la concentraci-
ón ~~no~~ se disminuye el número de personas atendidas.

7.10. Se debe aumentar la continuidad en todos los grupos con respecto al ~~o~~ ~~observado~~.

7.11. Nuestro deseo y propuesta, es que se ~~inicia~~ en 1983 tratamientos diarios.

7.12. Se debe incrementar el rendimiento para lograr una gran cobertura con respecto a lo programado.

7.13. El centro de salud está ubicado en un punto geográfico poco visible a la comunidad y carece de alguna forma de hacerse conocer por lo tanto debe hacerse ~~publicidad~~ a través de propaganda, conferencias de la importancia de su participación en mantener la salud individual y colectiva para su mejor bienestar.

7.14. El odontólogo debe buscar los medios de acercarse a la

comunidad y hacer campañas de salud oral, para concretizar la necesidad de que la salud oral es integrada a una salud general.

7.15. Promover las relaciones intrasectoriales y extrasectoriales.

7.16. Se deben aumentar los suministros y su entrega a tiempo oportuno, para contar con los medios de poder realizar las labores diarias sin interrupción por la carencia de estos, ya que es difícil francamente trabajar con las uñas e improvisar con nada.

7.17. Los subsistemas se deben desarrollar y promover en forma efectiva y real.

7.18. Mantener la participación de la comunidad haciéndolo consciente de la importancia de la salud.

7.19. Mantener, concientizar y diestrar a los profesionales de la salud, (odontólogos, auxiliares, etc) para que ejerzan sus labores de acuerdo a un patron de programación.

7.20. Nombrar supervisores designados por la seccional para el control de recursos materiales y humanos.

De tal manera que el recurso material sea suficiente y no halla despilfarro de él, y tenga el uso para el cual fué designado. Igual se haria con el recurso humano para que este cumpla con sus deberes a cabalidad sin perdida de tiempo.

7.21. Control de calidad de los tratamientos y su justa cantidad de acuerdo al tiempo y número de pacientes.

Esto se logra tomando en cuenta el punto anterior de un control dado por los supervisores, y recibir un personal con alta calidad humana, ética para que su trabajo se realice a conciencia de que como personas responsables de un individuo o comunidad pueden hacer peligrar una parte como es el sistema estomatognático participo de un todo integra como es el cuerpo humano viviente con sensibilidad, en el que siendo una cadena independiente donde una parte se recienteun todo también se reciente.

7.22. Cumplimiento de horario de todo el personal del puesto de salud; debido a que incumplen en que por ejemplo comprobamos en una de nuestras visitas al llegar a una hora de trabajo el odontólogo y médico no estaban presentes y no se daba razón de la hora exacta en que iban a presentarse, no cumpliendo estos con sus 8 horas de trabajo diarias.

7.23. Mejorar la calidad de las relaciones humanas del personal

Esto significa que tomando en cuenta que el ser humano psicósomático, se debe predisponer de hacerle su atención grata desde su entrada al puesto de salud hasta su salida; con una atención que tenga médico de buenas relaciones interpersonales en que se pone en juego la transferencia de recepcionista - paciente, profesional sea médico u odontólogo - paciente.

Para mejorar estas relaciones humanas se requiere de una buena educación del personal y tener el don de ser personas que se enfrentan a un público con media o baja educación.

7.24. Se hace necesario de disponer de información verídica.

De tal manera que los datos estadísticos se adapten a la realidad para que las propuestas de los años siguientes al igual que la programación se haga en forma correcta.

Para de esta manera ayudarse a superar sus limitantes corrigiéndolas y llegando aun nivel ideal de tratamientos elevados; sean de iniciados y terminados y de esta manera la cobertura se eleva basada en hechos reales.

7.25. Mejorar la comunicación tanto interna como externa.

Esto significa que se debe proporcionar al puesto de salud de un radioteléfono para, por ejemplo, llamar una am-

bulancia y cualquier otro tipo de necesidad que le urja.
En su medio interno se debe hacer una forma más ágil de comunicación a pesar de contar con una estructura pequeña.

- 7.26. Aprovechando las instalaciones y recursos humanos con que cuenta el puesto de salud, incrementar los suministros y mejorando la infraestructura, esto se podría convertir en en Centro de Salud.

En nuestra visita al centro de salud observamos que cuenta con una aceptable edificación, que si se le hacen mantenimiento y conecciones podría superar sus defectos corregibles; cuenta con buen recurso humano que tan solo requiere de mejor control y concientización.

- 7.27. Que el Ministerio de Salud proporcione unos laboratorios exclusivos del puesto de salud de tal manera que no tenga que depender de estos fuera de sus instalaciones para agilizar los diagnósticos oportunos y tratamientos precoz.

- 7.28. Fomentan campañas de prevención específica como:

- Charlas educativas.
- Control placa.
- Enseñanza de cepillado.
- Fluorización.

7.29. Formación de personal técnico auxiliar de tal manera que cuando este auscente el profesional lo reemplace en asuntos básicos de atención.

CAPITULO VIII.

PROGRAMACION DE SALUD ORAR A NIVEL LOCAL.

8.1. IDENTIFICAION.

Centro de salud Lafayette

8.2. UBICACION.

Calle 1B No 19A 19.

8.3. AÑO.

1.983.

8.4. LUGAR.

Bogotá Distrito Especial.

8.5. POBLACION.

21.384 personas.

8.6. PLANEACION.

8.6.1. ANTECEDENTES DE LA PROGRAMACION.

Para la realización de nuestra programación hemos conformado comites de información los cuales adelantaron la recolección de datos a nivel de la regional No. 4 Santa Clara y el puesto de salud No. 62 Lafayette siguiendo el siguiente proceso:

La primera fuente de información fué dada por el catedrático de la materia doctor. Miguel Angel Velasquez C. posteriormente una comisión de compañeros se dirigió al departamento de odontología preventiva y social solicitando autorización por medio de la cual aceptaran a nivel de la regional el acceso de la información de los archivos del nivel local; adquirida dicha organización de parte de la doctora Luisa de León (coordinadora de la regional No 4 Santa Clara) nos trasladamos al centro de salud Lafayette solicitando la siguiente información:

1. Información básica de estadística del S.I.S. 161.
2. P.A.S. 1.3 del 82.
3. S.I.S. 1.6.2. el cual no fue proporcionado por el centro de salud.
4. Area geográfica de influencia.
5. Costo de actividades realizadas: información negada por las personas responsables de esto.
6. Recursos humanos

7. Recursos físicos.
8. Recursos materiales.
9. Transporte.
10. Recursos financieros información negada.
11. Período de tiempo a analizar: de enero a octubre proyectado al año 82.
12. Medio ambiente.
13. Actividades.
14. Base legal.
15. Organigrama y estructura.
16. Servicios que presta.
17. Tipos de población que cubre.
18. Normas y objetivos.
19. Tipos de servicio que tiene la comunidad.
20. Políticas.
21. Nivel de vivienda.
22. Núcleo familiar.
23. Nivel educativo.
24. Empleo.
25. Relaciones intra y extrainstitucionales.
26. Morbilidad.
27. Como se identifica el centro
28. Grado de participación de la comunidad.

8.7.OBJETIVOS GENERALES.

TABLA DE ANALISIS

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE D. E.
 UNIDAD REGIONAL DE Santa Clara
 UNIDAD LOCAL DE Lafayette
 ORGANISMO Puesto de Salud

PAS; 1.3.2.

1983

E D A D	PERSONAS ATENDIDAS		COBERTURA		RENDIMIENTO		CONTINUIDAD		CONCENTRACION		DISTRIBUCION PORCENTUAL DE INSTRUMENTOS			
	OBSERVADO	PROPUESTA	OBSERVADA	PROPUESTA	OBSERVAD	PROPUEST	OBSERVAD	PROPUEST	OBSERVAD	PROPUEST	OBSERVADO	PROPUESTA		
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
5 - 14 AÑOS	498	530	17.8	18	X		58.4	62	1.9	2.1	74	74.5		
15 - 44 AÑOS (obstetricas)	68	78	14.6	15			40.6 40.6	42	2.4	2.5	11	11.0		
OTROS	146	160	1.2	12			28.5 28.5	30	1.6	1.8	15	14.5		
TOTAL	712	768	4.7	4.7	7.5	8.0	51.2	53	1.9 1.9	2.0	100	%	100	%

PROGRAMACION

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE D/E TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

PAS: 1-3

UNIDAD REGIONAL DE Santa Clara

UNIDAD LOCAL DE Lafayette

ORGANISMO Puesto de Salud

1983

E D A D E S	POBLACION TOTAL	RESPONSABILIDAD ASIGN		FACTIBILIDAD TECNICO FINANCIERA				
		POBLACION ASIGNADA	INSTRUMENT NECESARIOS				POBLACION A ATENDER	COBERTURA
				INSTRUMEN	TRATAMIENTO INICIADOS	TRATAMIENTO TERMINADOS		
	1	2	3	4	5	6	7	8
5 - 14 AÑOS	3994	2795	803	186	1.488	923	708	25.3
15 - 44 AÑOS Obstetricas	665	465	145	28	224	91	90	19.3
OTROS	16.723	11.706	2.634	36	288	82	160	1.4
TOTAL	21.384	14.968	2.994	250	2.000	1.000	958	6.4

En el centro de salud por medio de la programación nos proponemos ampliar los servicios de salud cuali y cuantitativamente con el fin de que nuestra labor tenga un alto grado de cobertura para la cual realizamos labores:

8.7.1. PREVENCIÓN.

Llenada a cabo por los siguientes medios:

8.7.1.1 Charlas dirigidas a toda la comunidad iniciando por los padres de familia quienes son los protadores de la educación de sus hijos ya que es la futura generación que va a tener el papel activo de impulso de la comunidad.

8.7.1.2. Educación sanitaria de la comunidad llevada a cabo a través de campañas como la que está realizando el Colegio Odontológico colombiano en la cual se ejecuta la documentación de la población para la utilización de las pastillas reveladoras las cuales son didácticas y prácticas para la explicación del agente causante (placa bacteriana- caries enfermedad periodontal) de la patología que tiene mayor morbilidad en cavidad oral.

8.7.1.3 OPERATORIA.

Para aumentar la cobertura, eficiencia y rendimiento debemos reducir el número de opturaciones temporales, realizándolas definitivamente en la misma cita.

8.7.1.4. ENDODONCIA.

Esta actividad se encuentra muy deficiente en este centro debido a muchas limitantes, tales como ausencia de instrumental básico para efectuar esta labor, en igual forma que los materiales indispensables.

Otra limitante es el desinterés por parte del profesional para la realización de esta labor y en caso de efectuarse no se cuenta con los medios de asepsia ideales para la solución de este problema; proponemos que el ministerio de salud proporcione los instrumentos necesarios y actualizados para tal labor y el profesional debe exigir que se le proporcionen y que tomen la consciente iniciativa de detener la evolución de la historia natural de la enfermedad.

8.7.1.5. PERIODONCIA.

Para esta actividad al igual que las anteriores no se cuenta con los materiales indispensables por consiguiente para su solución se deben seguir las mismas pautas anteriormente mencionadas.

8.7.1.6. PROSTODONCIA.

Aunque es poca la población que demanda este servicio se debe contemplar la posibilidad de solucionar el problema del desdentado total o parcial para satisfacer las necesidades de la comunidad en una forma integral, para

hacer mayor captación de la población adulta.

8.7.1.7 CIRUGIA.

Para dar un complemento en la prestación de nuestros servicios de salud debemos complementar nuestra labor realizando pequeñas cirugías que ayuden a solucionar la problemática de la comunidad.

8.8 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

8.8.1 La programación que hacemos para el año 83, decidimos aumentar todos los atributos debido a que se proyecta aumentar el número de instrumentos.

La cobertura se aumenta en relación al instrumento de la población a atender.

8.8.2 El rendimiento en nuestra programación la consideramos óptima en base al aprovechamiento básico de los recursos.

8.8.3 La continuidad se ha aumentado porque programamos terminar un mayor número de los tratamientos iniciados.

8.8.4 Analizando el P.A.S. 1.3 encontramos la población total, a la cual se le hizo un incremento de 2.5 por grupo eta-

reo, aumento que es proporcional debido a la constante.

8.8.5 Población asignada que se saca del 70% de la población total ; el 30% restante de la población goza de los servicios de seguro Social y de las Cajas de Compensación.

8.8.6 El instrumento se distribuye porcentualmente de acuerdo a todos los recursos existentes.

8.8.7 Los tratamientos iniciados se incrementan en base al aumento del rendimiento propuesto.

8.8.8 Los tratamientos terminados, sufren modificación en base a la continuidad que se observa baja en los dos grupos etáreos.

8.8.9 La población a atender es aumentada en base al incremento que se hizo a la población asignada'; porque como aumenta la cobertura por ende aumenta la población a atender.

8.10 La cobertura es obtenida de la relación porcentual de población a atender con población asignada.

8.9 NORMATIZACION.

8.9.1 NORMAS DE ORGANIZACION.

1. El personal médico y paramédico debe cumplir sus funciones a nivel profesional y a su vez, observar el cumplimiento de un estricto horario.
2. Cada persona dentro de la regional deberá cumplir una misma función específica y al mismo tiempo debe estar al mando de una sola persona.
3. La norma anterior, no excluye el que haya una integración permanente de todas las áreas o secciones de la regional, es decir que haya una integración permanente de todas las áreas o secciones de la regional es decir que haya una interrelación del personal de esta.
4. El personal deberá ser previamente seleccionado para el desempeño de sus obligaciones.
5. La selección del personal se hará basados en la capacitación técnica que demuestre el mismo.

8.9.2 NORMAS DE POBLACION.

1. Ningún centro de salud cubrirá una población mayor a sus actividades de prestación de servicios, la población a cubrir se determinará previo estudio demográfico y geográfico del sector correspondiente.

2. Se deberá establecer una jerarquía de los centros de salud, de acuerdo a la prestación de servicios y de la población a cubrir; esto determinará la asignación de los recursos necesarios en cada centro de salud.

8.10 MODELO DE CAMBIO.

Para realizar un modelo de cambio se requiere partir primero que todo de la modificación del factor humano o sea incrementar la capacitación tanto del profesional como del auxiliar. Crearles un gran sentido del deber ciudadano como personas responsables de la salud de una comunidad, ejerzan a conciencia.

En la capacitación al personal auxiliar debemos tener muy en cuenta la delegación de funciones, esto con el fin de agilizar el tratamiento y compensar la ausencia del profesional que es muy frecuente en nuestro medio. Ante una sociedad cuyas acciones de cambio constantemente convulsionan sus sistemas agitando los elementos que le constituyen, fenómeno que cada día parece acelerarse, es fundamental establecer una serie de estrategias que ágiles en todo sentido den resultados que se comparen con las exigencias que demanda.

Del mismo modo el sector salud allí involucrado como elemento ligado integralmente, con texto general del

desarrollo debe emerger mediante políticas de transición que permita olvidar el tradicionalismo de antaño a cambio de sistemas de alta productividad que a través de dinámicos métodos multiplicadores del rendimiento lleven las técnicas preventivas y asistenciales a los diferentes niveles de atención de tal forma que de una parte las comunidades se liberen de las limitante de salud elevando así su índice de productividad y de otra parte concentre en las acciones del profesional para que utilice con mayor eficiencia su capacidad de trabajo.

Concientes de esto en nuestro modelo de cambio hemos propuesto la técnica a cuatro manos donde se proyecta estimular al profesional en potencia para que en el futuro aumente su capacidad del servicio a la comunidad con resultados cuanti y cualutativamente positivos.

Otro punto de gran importancia en cuanto a personal es capacitar personal en cuanto a personal se refiere capacitar personal que controle a nivel local los recursos físicos, humanos, con el fin de supervisar el cumplimiento de los deberes y horarios.

En cuanto a recurso físico, para poder realizar todos los tratamientos en una forma cualitativa presionamos al ministerio de salud para que envíen el material necesario.

En cuanto a tratamientos de prostodoncia se debería contar con laboratorios propios del sistema Nacional de Salud para lograr disminuir un costo y aumentar el rendimiento.

8.11 EJECUCION.

Este grupo elaboró para el año 83 una programación de todas las actividades realizadas en el centro de salud, en base a los criterios de responsabilidad, eficiencia, eficacia y efectividad impartidas en nuestra cátedra, de acuerdo a la realidad existente.

8.12 EVALUACION.

Esta se hará posterior a la ejecución de nuestra programación.

CAPITULO IX.

IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL.

9.1. PREPARACION PARA LA EJECUCION.

El centro de salud Lafayette No. 62 se ha propuesto en su programa cuyas normas han sido dadas por el sistema Nacional de Salud, alcanzar más altos niveles de prevención y tratamiento odontológico pese a que en estos momentos los recursos en general son precarios para tal fin.

9.2. TECNICA PREVENTIVA.

En lo referente a la prevención consideramos este programa preventivo, básico para la salud oral, ya que garantiza el éxito de las actividades a desarrollar en la fase del tratamiento.

La población a atender en este centro, relacionada con la población asignada es del (18.67%) para el desarrollo de la técnica preventiva; se hace necesario presentar una serie de cambios insispensables para lograr el cum-

plimiento de los objetivos que ha continuación enumeramos:

- Charlas educativas.
- Control de placas.
- Enseñanza de cepillado.
- Fluorización.
- Profilaxis.
- Prevención en general.

Se hace necesaria la asesoría por parte del odontólogo para la dirección del programa, al higienista.

Los integrantes de éste grupo, después de discutir los puntos a tratar en la implantación de la ejecución, llegamos a las siguientes conclusiones.

Teniendo en cuenta los comentarios que ha hecho el doctor Velasquez en las clases, más que todo en los aspectos negativos; creemos que para preparar los recursos para ejecutar el programa, debe seguirse su orden sencillamente estricto.

Estamos concientes de obvia necesidad de organizar los recursos para poder asignar actividades y a su vez estas actividades organizarlas por departamentos.

Para la preparación de todos los recursos, es indispensable una estricta organización de éstos.

Hablar de una preparación de recurso humano, valga el ejemplo el odontólogo, es hablar de la experiencia ad-

quirida en las clases de salud pública, y la palabra eficiente le damos la connotación de ser más activos que pasivos; por lo tanto estamos seguros que salimos por encima de cualquier facultad del campo propio de la odontología a nivel rural.

Complementar este recurso anteriormente mencionado, con el de bienes y servicios, es la base para los recursos de funcionamiento.

,El servicio, está muy relacionado, con la forma como se debe prestar atención inmediata y la programada.

Organizar la atención inmediata, es dar pie a ser exigente en la hora u horas en que se deben presentar las urgencias, y es absurdo que se pueda imponer en materia de salud. Así que la atención inmediata debe ser abierta y aún más, prioritaria.

Los recursos capitales, equipos y locales, se deben organizar de tal manera que a lo sumo se exija una actualización, no se pretende que halla una extremada modernización en los equipos debido a los problemas que presenta los repuestos, ésto aumentaría las disculpas; por llamarlas así; para no trabajar;

9.2.1. Distribución de acuerdo a las variables.

9.2.1.1. Escolares.

9.2.1.2. Obtétricas.

9.2.1.3. Otros.

9.2.1.1. ESCOLARES.

A este grupo se les brindará un programa incremental que constará de las siguientes actividades.

1. Diagnóstico.
2. Urgencias.
3. Eliminación de focos sépticos y caries.
4. Opturaciones en amalgama y silicato.
5. Profilaxis.
6. Control de placa.
7. Enseñanza cepillado.
8. Prevención en general.
9. Endodoncia.

La población a atender en este grupo etario es de 689. Relacionándola con la población asignada es de 2.789 que corresponde al 18.67%.

Se aplicaran los anteriores tratamientos haciendo énfasis en operatoria, para disminuir la incidencia de mortalidad dental, ya que es la patología que afecta más este grupo.

Para el desarrollo de estas actividades dedicamos un instrumento de 180 días consultorio.

La mayor cantidad del instrumento se propone implantar el sistema MODULO DE ALTA PRODUCTIVIDAD empleando para ello la técnica cuatro manos (auxiliar odontólogo) en la actualidad el odontólogo del centro 62 jornada la tarde ocupa parte de su tiempo al entrenamiento de un auxiliar y en ello nos hace pensar en la necesidad del envío de folletos explicativos que capaciten rápidamente el personal para que puedan desarrollar esta forma.

9.2.1.2. OBSTETRICAS.

Constituye al segundo componente prioritario sujeto a la programación, su atención será integral en lo referente a curación y prevención.

Tratamientos aplicados.

- Diagnóstico.
- Urgencias.
- Eliminación de focos sépticos y caries.
- Eliminación de periodopatías.
- Charlas sobre prevención.
- Endodoncia monoradicular.

Este programa cubrirá 70 obstétricas que es la población a atender dentro de éste grupo etareo.

Relacionando esta población a atender con la población asignada que es de (465) tendremos una cobertura de (3.1%) Dentro del área preventiva las promotoras de salud al

charlas para el desarrollo del P.A.N., involucran el tema de salud oral, con dos objetivos específicos que son:

- a. Que la futura madre tenga cuidado para el mantenimiento de su propia salud.
- b. Ya que ella es una educadora en potencia, transmitirá estos conocimientos a sus hijos.

9.2.1.3. OTROS.

Este grupo está compuesto por menores de 5 años, no obstétricas, y mayores de 45 años.

En los preescolares comprendidos entre los 1 y 4 años se desarrollarán las siguientes actividades:

1. Diagnóstico.
2. Urgencias.
3. Eliminación de caries.
4. Opturaciones en amalgama.
5. Prevención.
6. Endodoncia.

Al resto de la población que comprende este grupo se le dará únicamente tratamiento de urgencias y eliminación de focos infecciosos.

9.3. RECURSOS.

Para el desarrollo del programa tratamiento odontológico contamos con los recursos que enumeramos a continuación:

9.3.1. RECURSOS HUMANOS.

El principal componente humano será el personal odontológico que elaborará en los establecimientos en el centro (Dos jornadas de cuatro horas cada una).

Los auxiliares de odontología que potencializaran sus funciones para dar cumplimiento cabal a los programas y trabajaran en el mismo horario del odontólogo.

Cinco promotoras de salud que como anteriormente habíamos dicho recibirán una asignación de funciones específicas para el área preventiva odontológica,

Un técnico de mantenimiento que visitara periódicamente el centro para hacer mantenimiento preventivo de los equipos y en caso de una falla imprevista.

Personal de información quien se encargara de repartir fichas por orden de llegada de los pacientes.

Personal de aseo, Para el debido mantenimiento de aseo y orden en un consultorio odontológico.

Un celador encargado de la seguridad del equipo y mantendrá el orden de los paciente dentro del centro haciendo respetar el orden de llegada.

9.3.2. RECURSOS MATERIALES.

Instrumental necesario más no existe.

9.3.2.1. OPERATORIA.

Portamalgama.

Condensador de amalgama.

Bruñidor de bola.

Bruñidor de orqueta.

21 b.

Tallador de Frank.

Porta-guión matriz.

Banda Metálicas

Loseta

Espátula de cemento

Pinzas algodonerías

Esplorador

Mortero y pistilo

Aplicador de dycal

Condensador de cementos

Dispensador de mercurio y limadura de plata

Fresas

Peze de mano de alta.

9.3.2.2. INSTRUMENTAL DE PERIODONCIA

Curetas.

Raspadores.

Sonda periodontal.

CK 6.

9.3.2.3. INSTRUMENTAL DE ENDODONCIA.

Sondas barbadadas.

Sondas lisas.

Limas.

Ensanchadores.

Opturadores.

Condensadores

9.3.2.4. INSTRUMENTAL DE CIRUGIA.

Elevadores rectos.

Elevadores angulados.

Forceps,

Bisturí.

Elevador de periostio.

Hojas de bisturí.

Lima para hueso.

Fresas quirúrgicas.

Agujas de sutura.

Tijeras de cirugía.

Porta agujas

Jeringa cárpule e hipodérmica.

9.3.3.5. MATERIALES DE CONSUMO.

Algodón.

Xylocaína.

Dycal.

Cemento de Oxido de Zinc.- eugenol.

Cemento de fosfato de Zinc.

Limadura de plata

Mercurio.

Dentropraxil.

Formocresol.

9.3.2.6. El odontólogo por carecer de tiempo necesario para desarrollar personalmente y en forma eficaz el área preventiva, puesto que está dedicado a la aplicación de la técnica curativa, creemos necesario la delegación de éstas funciones a personal capacitado de este centro.

9.3.2.7. El Ministerio de Salud posee un sistema educativo audiovisual sobre salud oral que debería ser facilitado mensualmente a cada centro de salud, propodiendo a los planteles educativos que cobijan este centro a asistir una vez por semestre logrando así una mayor motivación.

Para una total y eficaz educación de toda la comunidad creemos necesaria la colaboración del sector político por medio de sus líderes comunales, (acción comunal) y líderes informales que son personas pudientes del sector para que ejerzan su influencia sobre

la comunidad.

Se efectuará reuniones con las personas componentes de los diferentes sectores: Alcalde menor, Cura Párroco, líderes comunales, directores de escuelas y colegios y todas las personas influyentes a quienes se les dará una amplia información sobre el programa de atención médica y específicamente sobre salud oral, dándoles a conocer la importancia de dichos programas, y los beneficios que con su correcta aplicación y cumplimiento recibirá la comunidad.

9.3.3. RECURSOS FINANCIEROS.

El centro de salud no ha podido cumplir con todas las actividades propuestas, por pocos recursos financieros con que cuenta por la falta de participación del personal del centro de salud, no se puede establecer satisfactoriamente, los gastos e ingresos son que cuenta realmente dicho centro.

9.4. TECNICA CURATIVA

El total de tratamientos que se planea terminar es de:
Distribuidos por grupos de edad así:

- De 5 a 14 años.....1.034
- De 15 a 44 años y obstétricas.....77
- Otros.....69

Ese total de tratamiento de implantará en las diferentes áreas de tratamiento odontológico que son:

- a. Operatoria.
- b. Periodoncia.
- c. Endodoncia.
- d. Medicina oral.
- e. Cirugía oral.

De acuerdo a los recursos materiales con que cuente el consultorio, la atención programada se realizará obviamente organizada.

Atención programada que no sólo debe ceñirse a la actividad individual, sino a la colectiva; verulgracia; prevención en íntima relación con el recurso personal auxiliar.

Las relaciones entre médicos y odontólogos, debe ser tan culta y respetuosa con las que tendría que existir entre el párroco, profesores, alcalde, etc..

La prioridad latente en la cual cada profesional debe ser autoritario, debe ser clínicamente no con esto queremos exrresar que la interconsulta que es extremadamente necesaria para ambos; se excluya.

El odontólogo y el médico hacen un buen equipo con la colaboración de profesores, alcalde, párroco, tc.. Sin esta colaboración la prestación del servicio de haría más compleja.

El odontólogo debe organizar y programar los diferentes subsistemas estudiados, y aseguramos, sin lugar a duda que ningún sistema deba ser prioritario, aunque exista, sino muy al contrario relacionados todos.

En cuanto a evaluación básica y estrictamente relacionada con el P.A.S. 1.3.1. opinamos: que debe realizarse es más como base se debe tener el S.I.S. 1.61; que valga la del P.A.S. 1.3. del año 81 y de las secciones por primera vez programadas pro grupos de edad.

Se tomará las secciones por primera vez realizadas para cada grupo de edad y se tomará del S.I.S. 161 en su fila 1.

Se sacará después el cumplimiento que se da en porcentaje y en relación a lo programado.

Se sacará la cobertura que se toma del P.A.S. 1.3 y la cobertura observada en base a las sesiones por primera vez realizadas y la población asigada del 82 es de 14.932.

SE tomará el dato de los tratamientos programados del P.A.S. 1.3.1 y de los tratamientos realizados del S.I.S. 1.61.

Cumplimiento de los tratamientos iniciados: se da en porcentaje y en relación a lo programado.

Tratamientos determinados y programados: se sacarán del P.A.S 1.3 los tratamientos terminados realizados,

se harán por grupo etareo, partiendo del S.I.S 1.61
Cumplimiento de los tratamientos terminados: se sacará en porcentaje.

Continuidad: se expresa también en porcentaje, y sin modesta se trabajo muy bien el semestre pasado, y no tienen porque presentarsen dudas ni errores al realizar éste P.A.S..

Para realizar este P.A.S. tiene que tenerse muy claro y entendido los objetivos que transcribimos a continuación:

1. Identificar nuestra población asignada.
2. Definir el porcentaje de cumplimiento de los pacientes que llegaron por primera vez al programa de salud oral en ese año.
3. Identificar para cada tratamiento determinado e iniciado el porcentaje.
4. Identificar la continuidad.
5. Identificar la concentración.
6. Distribución de nuestro instrumento.

P.A.S. 131.

Cómo se desarrollara:

Su principal objetivo será cuantificar la ejecución de actos realizados en el año 82 de acuerdo a la programación formulada por el mismo año, en relación a los diferentes cuantitativos y financieros.

Se parte de una población por grupos de edad que se -

tomará a tratamientos iniciados realizados con los tratamientos hechos.

Concentración realizada: se tomará del P.A S. 1,3.

Concentración realizada se tomará en relación a los tratamientos iniciados, realizados con las sesiones por primera vez realizadas.

CAPITULO X.

EVALUACION DE LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL.

10.1 Este analisis de la evaluaci3n se hace en base a una programaci3n que se estableci3 ante un diagn3stico de una situaci3n de salud encontrada.

Hemos clasificado la poblaci3n etarea en tres grupos de edad para el a3o de 1983 siendo la de mayor prioridad la escolar de 15 a 45 obstetrica y otros. El proceso de evaluaci3n lo relizaremos en forma cualitativa y cuantitativa correspondiente a un a3o, teniendo en cuenta que puede hacerse mensual, trimestral o semestralmente.

10.2 La programaci3n realizada para el 83 deja preveer un balance positivo en cuanto resultado se refiere ya que se efecti3 en base a nuestros recursos e instrumento disponible.

10.3 La actividad preventiva una de mayor importancia va a lograr disminuir a corto plazo las enfermedades que afecta en mayor porcentaje al sistema estomatognático aplicandola a la población escolar y cuya actividad realizada por la auxiliar de higiene oral, pero que por razones de falta de recursos económicos no se ha logrado aumentar el personal auxiliar especializado en realizar estas tareas y que lógicamente por su habilidad y conocimiento de este grupo de edad y cuando el instrumento está bien distribuido..

Como no se logra tener este personal la solución que se plantea es que el odontólogo en coordinación con la auxiliar del consultorio logren aumentar los tratamientos, capacitando y adiestrandolos en esta actividad.

10.4 Si observamos el instrumento no logramos distribuir esta gran cantidad de escolares, teniendo en cuenta que no se cumplen con los horarios asignados para el consultorio.

Todas estas limitantes hacen imposible obtener un beneficio más efectivo en la salud oral de la población.

10.5 Se ha aumentado la cantidad de las actividades finales del tratamiento odontológico con los recursos con que contamos y el instrumento, 250 días es el máximo logran-

do un aumento de la concentración y la continuidad sin ir a sacrificar la cantidad.

10.6 Para lograr los objetivos de la programación del país otro de los factores importantes de propuesta es la preparación de la comunidad haciendola conciente de sus necesidades logrando con esto aumentar la continuidad de los tratamientos iniciados y además mejorando la educación, creara un mayor interés y que en un futuro se vera que esta comunidad va a demandar atención y por lo tanto una mayor oferta de servicios esperando así que la estructuración del Sistema Nacional de Salud a nivel de salud oral presente una mayor distribución de los aportes económicos y así obtener un aumento en los recursos tecnicos, materiales y humanos que van a traer como concecuencia que el rendimiento se aumente y por lo tanto también la continuidad y la cobertura.

10.7 El control de las limitantes tales como la falta de coordinación intersectorial, falta de capacitación del personal, falta de colaboración de la comunidad (uno de los principales limitantes), mala distribución del instrumento y los recursos, falta de utilización de los sistemas como el de inversión, investigación, etc. se llegara a lograr un maximo rendimiento y apro_

vechamiento de la factibilidad técnico financiera.

10.8 En nuestras propuestas de programación dimos otra alternativa para resolver los grandes problemas que nos impiden llevar a nuestra población a atender con la mejor atención posible que conlleve a disminuir las fosas de morbilidad y esta propuesta fué convertir el puesto de salud Lafayette en centro de salud para que la atención médica se implete en forma permanente lo mismo que la odontología para así prestar una atención integral y que permita resolver fallas en el diagnóstico sin olvidar la gran importancia de los servicios complementarios y todos aquellos recursos que aumenten la infraestructura del centro.

10.9 Este gran equipo constituido por auxiliares y profesionales deberán hacer programas a zonas marginadas y en coordinación con personal de la junta comunal, párroco trataran de aumentar la cobertura en áreas donde por falta de comunicación no se ha logrado llegar para solucionarles problemas de salud como dejar elaborado un plan que disminuya el bajo nivel de vida cuyo objetivo es buscar el bienestar de la comunidad.

CAPITULO XI.

RECOMENDACIONES.

12

1. Se debe conservar la distribución de la población por grupo de edades.
2. Se debe seguir la prioridad de niños, obstetras y otros.
3. Detener el curso de la historia natural de la enfermedad por medio de la prevención, diagnóstico precoz y prevención oportuna.
4. Recomendamos que halla una relación directa entre tratamiento iniciado programado y tratamiento relacionado con respecto a la cobertura.
5. El odontólogo debe buscar la forma de concientizar a la comunidad sobre su salud que es integrada a una salud general.
6. Garantizar la disponibilidad oportuna de los suministros en terminos de cantidad y cualidad.
7. Los subsistemas se deben promover y desarrollar en forma

efectiva y real

8. Motivación de la comunidad .
9. Motivación de los profesionales de la salud.
10. Nombramiento de supervisores para el control de recursos materiales y humanos.
11. Control de calidad y cantidad de los tratamientos a efectuar.
12. Cumplimiento del horario de todo el personal en el puesto de salud.
13. Mejorar la calidad de las relaciones humanas del personal.
14. Disponer de información verídica y actualizada.
15. Mejorar las comunicaciones internas y externas.
16. Fomentar campañas de prevención específica.
17. Formación y capacitación de personal técnico - auxiliar.
18. Ejercer la técnica de cuatro manos.
19. La atención a nivel local debe ser integral ya que la cavidad oral es parte constitutiva del cuerpo integral. Además debe darse componentes éticos por parte del que presta el servicio.
20. No se debe atender en cantidad sino en calidad.
21. No se da importancia al servicio cuando se presta en forma gratuita ni aisladamente como funciona actualmente.
22. Este servicio se debe encaminar principalmente a la población infantil y obstétrica.

CONCLUSIONES.

Hemos querido presentar en este trabajo los problemas presentes y futuros de Bogotá en relación con los aspectos que directa o indirectamente inciden sobre el nivel de salud de la población sin desconocer las múltiples limitaciones de las mismas.

En este trabajo lejos de hacernos pensar que hemos cumplido con la obligación de proporcionar salud, nos ha mostrado más bien la magnitud y complejidad de las acciones que están por realizarse. Como por ejemplo:

1. El sector salud, no podrá enfrentar en forma satisfactoria sus problemas, si funciona de una manera aislada.
Es evidente la necesidad multisectoriales en lo que respecta a la atención al medio y a las personas.
El desarrollo del sector salud, no puede considerarse al margen del desarrollo general del país.
2. Tanto las soluciones utópicas, como las posturas pesimistas y desesperadas frenan el progreso del sector.
3. Los esfuerzos de intentar la aplicación de modelos que en distintas áreas parezcan razonables, son válidos aunque es-

tos solo sirvan de punto de partida para ubicar mejores modelos.

4. Sin una adecuada participación comunitaria no parece posible garantizar una adecuada oferta de servicios de salud.
5. La actitud del recurso humano que participa en la prestación de servicios de salud debe sufrir importantes modificaciones, para que realmente utilice su capacidad de brindar atención en salud.
6. Debe defenderse la regionalización con un criterio de "tipo de comunidad" con la delimitación de riesgos de enfermar o morir en cada área.

Queremos finalmente resaltar la importancia que este tipo de trabajo tiene, como elemento de diagnóstico de la situación de una institución a distintos niveles.

T.O 0013 1982
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0013