

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SALUD PUBLICA

PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL

INTEGRANTES.

FERNANDO BERMUDEZ	761241
EDGAR DUQUE P.	762017
GERARDO DUQUE P.	762018
MONICA BRISSON M.	762062
MATILDE VILLALBA B.	771081
MARTHA ZARRATE.	772045
J. MAURICIO GONZALEZ P.	772542
DANIEL RODRIGUEZ.	781752
CARMEN S. DE RODRIGUEZ.	781754
JORGE H. HENAO P.	791505

DOCENTE.

MIGUEL ANGEL VELASQUEZ.

Bogotá, noviembre 29 de 1982

8-6-01-1ep



CONTENIDO

PROGRAMACION DE SALUD ORAL A NIVEL **LOCAL**

CAPITULO I

PRESENTACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

1. DEFINICION
2. OBJETIVO GENERAL
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS
 - 3.1. EN LO TECNICO
 - 3.2. EN LO ADMINISTRATIVO
 - 3.3. EN LAS ACTIVIDADES
4. BASE LEGAL
5. OBJETIVOS SUBSIDIARIOS
 - 5.1. DE OPERACION
 - 5.2. DE ORGANIZACION
 - 5.3. DE INTEGRACION DE RECURSOS
 - 5.4. DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS
 - 5.5. DE RELACIONAMIENTO
6. POLITICAS DE SECTOR SALUD

7. ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 - 7.1. NIVEL DE ORGANIZACION
 - 7.2. NIVEL DE JERARQUIZACION
 - 7.3. NIVELES DE ATENCION
 - 7.4. AREAS DE ATENCION
 - 7.4.1. AREA DE ATENCION A LAS PERSONAS
 - 7.4.2. AREA DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE
 - 7.4.3. AREA DE INFRAESTRUCTURA ADMINISTRATIVA
8. MINISTERIO DE SALUD
9. ANALISIS GENERAL DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

CAPITULO II

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE BOGOTA

2. IDENTIFICACION DEL SERVICIO DE SALUD SECCIONAL DE BOGOTA
 - 2.1. ESTRUCTURA DEL DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTA
 - 2.1.1. SITUACION GEOGRAFICA
 - 2.1.2. BASE LEGAL
 - 2.1.2.1. Integracion y sistematizacion
 - 2.1.2.2. Bases Constitucionales
 - 2.1.2.3. Obstaculos de la Integracion de los Organismos de salud para constituir el sistema de salud
 - 2.1.3. ESTRUCTURA POBLACIONAL
 - 2.1.3.1. Poblacion en edad de trabajar PET

- 2.1.3.2. Distribucion de la PEA por sectores economicos
- 2.1.3.3. Distribucion de la PEA segun grupos principales de ocupacion
- 2.1.4. DESARROLLO URBANISTICO
- 2.2. SITUACION ECONOMICA
- 2.3. SITUACION EDUCATIVA
- 2.4. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA
- 2.5. DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO
 - 2.5.1. ANALISIS DEL GRUPO DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO
 - 2.5.2. GRUPO DE UNO A CUATRO AÑOS
 - 2.5.3. GRUPO DE CINCO A CATORCE AÑOS
 - 2.5.4. GRUPO DE QUINCE A CUARENTA Y CUATRO AÑOS
 - 2.5.5. GRUPO DE CUARENTA Y CINCO Y MAS AÑOS
- 2.6. SERVICIO DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO
 - 2.6.1. SERVICIO DE ACUEDUCTO
 - 2.6.2. SERVICIO DE ALCANTARILLADO
- 2.7. BASURAS
 - 2.7.1. FUNCIONES DE ASEO (EDIS) EN BOGOTÁ
 - 2.7.2. PRODUCCION DE BASURAS
 - 2.7.3. INSUFICIENCIA DE EQUIPO
 - 2.7.4. MANTENIMIENTO
 - 2.7.5. PROBLEMA FINANCIERO
 - 2.7.6. DISPOSICION FINAL DE LAS BASURAS
- 2.8. CONTAMINACION ATMOSFERICA
- 2.9. ALIMENTOS
 - 2.9.1. CARNES

- 2.9.2. LECHES
- 2.9.3. VERDURAS
- 2.10. ZONOSIS
- 2.10.1. HIDROFOBIA
- 2.10.2. BRUCELOCIS
- 2.10.3. ENCEFALITIS
- 2.10.4. CISTERCOSIS
- 2.11. SISTEMA DE ATENCION EN SALUD
- 2.11.1. RECURSOS INSTITUCIONALES
- 2.11.1.1. Instituciones Asistenciales
- 2.11.1.2. Los Hospitales Locales Comunitarios
- 2.11.1.2.1. Hospitales Sede Regionales
- 2.11.1.2.2. Centros de Salud
- 2.11.1.2.3. Instituciones Vinculadas
- 2.11.1.2.4. Instituciones Adscritas
- 2.11.1.2.5. Caja Nacional
- 2.11.1.2.5.1. Caja Distrital
- 2.11.1.2.5.2. Instituto de Seguros Sociales
- 2.11.1.2.5.3. Caja de Compensacion
- 2.11.1.3 Instituciones Privadas
- 2.12. RESUMEN
- 2.13 RECURSO HUMANO
- 2.14 PERSONAS VINCULADAS AL SECTOR OFICIAL DIRECTO
- SEGUN NIVEL ACADEMICO
- 2.14.1. NIVEL PROFESIONAL
- 2.14.2. NIVEL LICENCIADO

- 2.14.3. NIVEL TECNICO SUPERIOR
- 2.14.4. NIVEL TECNICO MEDIO
- 2.14.5. NIVEL AUXILIAR
- 2.14.6. NIVEL AUXILIAR DE SERVICIOS
- 2.14.7. MEDICOS VINCULADOS AL SECTOR OFICIAL DIRECTO
POR ESPECIALIZACION
- 2.15 FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO
- 2.16 VIGILANCIA Y CONTROL
- 2.17 PROFESIONALES INSCRITOS
- 2.18 DESARROLLO INTERNO
- 2.19 PERSONAL
- 2.20 DESARROLLO FUTURO
- 2.21 SISTEMA DE COMUNICACIONES
- 2.2. CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO
- 2.23 FINANCIERA
- 2.24 SISTEMA DE INFORMACION
- 2.25 AREA DE SUMINISTROS
- 2.26 ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD
- 2.27 VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA
- 2.28 REGIONALIZACION
- 2.29 ATENCION MEDICA
- 2.30 RELACION DOCENTE ASISTENCIAL
- 2.31. SANEAMIENTO
- 2.31.1. ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

CAPITULO III

3. NIVEL REGIONAL

- 3.1. DEFINICION DEL SUJETO
 - 3.1.1. UBICACION
 - 3.1.2. BASE LEGAL
 - 3.1.3. OBJETIVOS
 - 3.1.3.1. OBJETIVO GENERAL
 - 3.1.3.2. OBJETIVOS SUBSIDIARIOS
 - 3.1.3.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS
- 3.2. CENTROS DE SALUD Y DISPENSARIOS DE LA REGIONAL
 - 3.2.1. CENTROS DE SALUD
 - 3.2.2. DISPENSARIOS
 - 3.2.3. HOSPITAL LOCAL COMUNITARIO
- 3.3. FUNCIONES DE LA REGIONAL
- 3.4. IDENTIFICACION DEL SUJETO
- 3.5. FACTORES CONDICIONANTES
 - 3.5.1. FACTORES EXTRASENSORIALES
 - 3.5.2. FACTORES INTRASENSORIALES
- 3.6. NIVEL DE ESTRUCTURA Y SALUD
- 3.7. AREAS DE ATENCION
 - 3.7.1. ATENCION A LAS PERSONAS
 - 3.7.2. ATENCION AL MEDIO AMBIENTE
 - 3.7.4. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA
- 3.8. CONCLUSIONES DEL CAPITULO III
- 3.9. ANALISIS Y CONCLUSIONES SOBRE LA REGIONAL No. 4
SANTA CLARA
- 3.10. ANALISIS DEL ORGANIGRAMA DE LA REGIONAL
- 3.11. RECOMENDACIONES SOBRE LA REGIONAL No. 4
SANTA CLARA

CAPITULO IV

- 4. PRESENTACION CENTRO DE SALUD No.1 OLAYA
 - 4.1.1. LIMITES
 - 4.1.2. VIAS DE ACCESO
 - 4.1.3. DIVISION POLITICA
 - 4.1.4. DESCRIPCION SOCIO- ECONOMICA
 - 4.1.5. VIVIENDA
 - 4.1.6. EMPLEO Y PRODUCCION
 - 4.1.7. LOCALIZACION
 - 4.1.8. OBJETIVOS GENERALES
 - 4.1.8.1. OBJETIVOS POLITICOS
 - 4.2. RECURSOS
 - 4.2.1. RECURSOS HUMANOS
 - 4.2.2. RECURSOS FISICOS
 - 4.2.3. RECURSOS MATERIALES
 - 4.2.4. RECURSOS FINANCIEROS
 - 4.3. FACTORES CONDICIONANTES DE LAS PATOLOGIAS ORALES
 - 4.3.1. CARIES
 - 4.3.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL
 - 4.4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS DEL CENTRO No. 1 OLAYA
 - 4.4.1. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD en el centro de SALUD No. 1 OLAYA
 - 4.5. ORGANIGRAMA
 - 4.6. ANALISIS Y CONCLUSIONES
 - 4.7. RECOMENDACIONES

CAPITULO V

PRESENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

CAPITULO VI

ANALISIS Y EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL

NOTA: Los anteriores capitulos estan comprendidos dentro del Capitulo IV.

CAPITULO VII

1. PROPUESTAS DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL 1983
2. NORMAS
3. RECURSOS
4. SISTEMAS DE ATENCION
5. RELACIONES INTERNIVELES
6. RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
7. RELACIONES SECTORIALES

CAPITULO VII I

PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL.

1. OBJETIVOS GENERALES
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS
3. PROGRAMACION ESPECIFICA

CAPITULO IX

IMPLANTACION DE LA EJECUCION

- 9.1 TIPO DE RECURSOS
 - 9.1.1 HUMANOS
 - 9.1.2 FINANCIEROS
 - 9.1.3 FISICOS
- 9.2. NORMAS

CAPITULO X

EVALUACION

CAPITULO I
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. DEFINICION

Es un conjunto de instituciones dedicadas a la atención en salud de la población colombiana de acuerdo a la demanda de necesidades de ésta, para ello se han establecido dentro del sistema y para él, políticas, principios, normas y recursos complementados con una serie de actividades que buscan hacer más variable, efectivo y rápido el objetivo salud.

2. OBJETIVO GENERAL.

Responder a las necesidades reales de salud de un alto porcentaje de la población colombiana garantizando la publicidad de los recursos disponibles, en instituciones cuya finalidad se haya expuesto.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.1 En la Técnica.

3.1.1 Promoción

3.1.2 Protección

3.1.3 Recuperación

3.1.4 Rehabilitación.

3.2 En la administración

3.2.1 Dirección

3.2.2 Ejecución

3.2.3 Control

3.3 En las actividades

3.3.1 Servicio de atención a las personas.

3.3.2 Servicio de atención al medio ambiente.

4. BASE LEGAL

La existencia, la implantación, organización, y funcionamiento del S.N.S están formalizados por unas normas legales, que forman la base jurídica del sistema con las siguientes decretos, leyes.

4.1 Decreto 056/75

Por el cual se establece la organización básica de la dirección del S.N.S.

4.2 Decreto 350/75

Por el cual se determina la organización y funcionamiento de los servicios seccionales de salud y de las unidades regionales.

4.3 Decreto 356/75

Por el cual se dictan normas sobre el cual se establece el régimen de adscripción y vinculación.

4.4 Decreto 526/75

Por el cual se dictan normas sobre los sistemas Nacional de inversión, información, planeación, suministros, personal e investigación.

4.5 Decreto 670/75

Por el cual se dictan normas sobre establecimientos públicos que funcionan como entidades adscritas al S.N.S.

4.6 Decreto 672/75

Por el cual se crea una junta nacional de salud.

4.7 Decreto 674/75

Por el cual se dicta el estatuto de _____ para el sector salud.

4.8 Decreto 2238/75

Por el cual se establece el formulario nacional de medicamentos para el S.N.S y dictan normas para su aplicación.

4.9 Decreto 121/76

Por el cual se revisa la organización administrativa del ministerio de salud pública.

La reglamentación de estos decretos leyes, emprendida en la actualidad, complementará la estructura legal del sistema siendo un componente fundamental para regular su funcionamiento de sistema.

5. OBJETIVO SUBSIDIARIA

Son estrategias para alcanzar el objetivo general, comprenden: de operación, organización, integración de recursos de desarrollo humanos y de relacionamientos.

5.1 De Operación

Procurar la participación responsable y sistemática de la comunidad y de sus instituciones y así lograr una satisfacción máxima de las necesidades de salud. Esto se logra mediante servicios de atención médica y saneamiento ambiental en una forma normal logrando una integración planificada de acciones, lograr una administración productiva de los recursos y control retroalimentador de los resultados.

5.2 De organización.

Adoptar una estructura de organización para la dirección del sector salud de los niveles Nacional, seccional, regional y local promoviendo toda la integración de las instituciones del sector salud.

Los organismos de organización son:

- Ministerio de Salud
- Servicios seccionales de salud
- Unidades regionales de salud.

Las entidades ejecutoras de los servicios de salud se jerar

quizan de la siguiente manera de acuerdo a su complejidad:

- Hospital universitario
- Hospital Regional
- Hospital local
- Centro y puesto de salud
- Unidad de cobertura.

5.3 De Integración de Recursos.

Incorporar los recursos explícitos y potenciales humanos, científicos, tecnológicos, y materiales de todos los organismos y entidades del SNS, en un plan nacional único orientado hacia un servicio de salud integral.

5.4 De Desarrollo de Recursos Humanos

Incrementar cuantitativa y cualitativamente el, recurso humano, siendo este el mejor agente de salud esto quiere decir empleado el recurso humano en lo que se refiere a planeación, formación, actualización, administración idonea.

5.5 De Relacionamiento.

Coordinar los planes y programas de salud con políticas y acciones de los diferentes sectores todo esto enmarcado en un desarrollo integral para el bien nacional.

6. POLITICAS DEL SECTOR SALUD

6.1 Convertir al sector salud en un instrumento de progreso

social eliminando las desigualdades en lo que respecta a la programación buscando un alto grado de desarrollo de la comunidad.

6.2 Aumentar la cobertura de los servicios de salud: materno, infantil, laboral, áreas rurales y marginadas humanas por considerarse todo esto como vulnerable.

6.3 Disminuir movilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias con el incremento de educación sanitaria y de acción preventiva con el suministro de agua potable, alcantarillado y campañas de vacunación.

6.4 Colaboración con otros sectores relacionados a la conservación y mejoramiento del medio ambiente. Esto comprende programas de saneamiento, control de alimentos, equilibrio ecológico.

6.5 Intégrar todas las instituciones que presten servicio de salud, mediante un plan nacional de salud orientado a los recursos disponibles y programas prioritarios.

6.6 Promover el desarrollo institucional del sector salud procurando de disponibilidad de los recursos requeridos de una manera tal que se aumente su capacidad operativa.

6.7 Mejorar las condiciones técnicas y administrativas y los índices de utilización de las entidades de salud, fortalecimiento el concepto de hospital: unidad básica para comandar prestaciones de servicios integrales igualitarios p

permanentes y oportunos.

6.8 Fomentar la planificación familiar sin eludir la paternidad responsable, los métodos de anticonceptivos, la libre decisión de la pareja. Todo esto para resolver los problemas socio-económicos demográficos y de salud de la mujer y de la familia.

6.9 Orientar la formación y actualización del recurso humano hacia las necesidades nacionales.

6.10 Garantizar la producción nacional, distribución y consumo de medicamentos en el país, previo registro de productos, formulario nacional, estatuto de drogas y medicamentos de control, además de control de calidad y precios de droguerías y formación para que su uso sea de mejor calidad efectividad y economía eliminando el abuso de productores y sus intermediarios..

6.11 Relacionar el sector salud con los demás sectores para lograr así un plan nacional de integración y desarrollo.

6.12 Incitar a la organización y participación activa y responsable de la comunidad integrando sus acciones a las instituciones que dan salud.

7. ESTRUCTURA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD.

Para el desarrollo de planes y programas se estructura el servicio nacional de salud en niveles y áreas.

7.1 Nivel de Organización.

Dividido de acuerdo a la organización política y administrativa del país.

7.1.1 Nivel Nacional: Ministerios de Salud

7.1.2 Nivel Seccional: Corresponde a los departamentos y territorios nacionales en cuyas capitales funcionan los servicios seccionales de salud, unidad rectora de esa sección.

7.1.3 Nivel Regional: Corresponde a las divisiones del nivel seccional en ese departamento.

7.1.4 Nivel Local: son las divisiones de la regional.

7.2 Nivel de Jerarquización:

Se desarrolla de acuerdo a la delegación de autoridad y el sistema de control que puede existir en cierto nivel. Por lo tanto se desarrollan en cada nivel de organización.

7.2.1 Nivel de Dirección: La función es normatizar, dirigir, orientar los planes, programas y políticas del sector

7.2.2. Nivel de sistematización: Acumula la información, analiza, y pasa la información a nivel directivo para que este determine políticas, planes y programas.

7.2.3 Nivel de Programación y Ejecución: Desglosa, desmenuza el plan de salud en diferentes programas que de acuerdo con su situación y necesidad se puede ejecutar.

7.3 Niveles de Atención.

Se organizan de acuerdo en la atención que exija la patología presentada, es decir de acuerdo a sus grandes complejidades y se divide así:

7.3.1 Nivel Local: Es la atención mínima a estas y corresponde al centro u hospital de salud.

7.3.2 Nivel Regional: Es una atención intermedia a este y corresponde al hospital regional.

7.3.3 Nivel Universitario: Atención de alta tecnología, donde se integran lo clínico, lo científico, y lo académico en el se encuentran los hospitales universitarios.

7.4 Areas de Atención.

Dentro de los niveles de atención se encuentran las áreas de atención y estas son:

7.4.1 Area de atención a las Personas.

- Programa Materno Infantil
- Programa de salud anual
- Programa de salud mental.
- Programa medicos especiales.
- Programa de Inmunización.

7.4.2 Area de Atención al Medio Ambiente.

- Control de alimentos
- Control de sonidos
- Control de desechos
- Control de contaminación
- Salud ocupacional.

7.4.3 Area de Infraestructura administrativa.

Dentro de esta área se encuentran los subsistemas

Subsistema Nacional y Personal; Regula acciones de recursos humanos en salud:

- Determinando la cantidad y calidad, del personal.
- Capacitandolo
- Seleccionandolo
- Vinculandolo de acuerdo a sus capacidades de trabajo.

Subsistema Nacional de Inversiones: regula las inversiones de:

- Construcción
- Conservación y mantenimiento
- Centro de salud como tambien la adquisición de bienes inmuebles de capacitación y adiestramiento de personal como investigación y desarrollo administrativo.

Subsistema de Subministros: Regula la adquisición, distribución, utilización, control de los bienes inmuebles necesarios para planes de salud.

En terminos de calidad, cantidad, oportunidad y economía.

Subsistema de Información: Regula la obtención y procesamiento de información sobre:

Necesidades demandadas de la población en materia de salud cantidad y características de actividades técnicas y administrativas , volumen de los recursos, proyectos y decisiones en salud.

Subsistema de Población: Conoce objetivamente la situación de salud, orienta formulación de políticas, emplea adecuadamente los recursos y análisis, el efecto de los programas de salud de la población/

Subsistema de Investigaciones:

- Determina prioridades en investigación
- Aprueba y estudia proyectos de información
- Da participación a entidades grupos o personas para ésta.
- Divulga los resultados de las investigaciones realizadas

Subsistema de Mantenimiento: Identifica, clarifica, programas y ejecuta actividades de mantenimiento preventivo como reparativo.

7.5 Niveles de Aplicación.

- Acción gubernamental amplia.
- Acción gubernamental restringida.
- Acción paciente profesional.
-

- Acción paciente auxiliar.
- Acción Individual.

8. MINISTERIO DE SALUD.

El ministerio de salud enmarca dentro de las estructuras distintas a nivel nacional como la actividad jefe en el contexto nacional y lo que respecta específicamente a salud

En su estructura matriz se esquematizan 4 niveles.

- | | |
|---------------|---|
| 1. Dirección | Despacho Administrativo
Despacho del Viceministro
Secretaria General. |
| 2. Divisiones | Sistemas programas - sistemas |
| 3. Secciones | Programas funciones- programas |
| 4. Grupos | funciones Actividades - funciones |

Entre muchos de sus objetivos el ministerio de salud tiene

- Políticas, teorías, metas generales que abarquen el todo y establezca el marco de referencia de planes.

Estos planes teorizan y estructuran la acción básica componiendo la totalidad y las mismas especialidades, programas de organización en la actuación en un específico campo, dentro de las ordenes de especialidad buscando el ordenamiento de operatividad conforme a funciones.

Agrupar racionalmente las actividades que son unidades básicas de la operación.

ANALISIS GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Es nuestro concepto pensar que debido al deficit de presupuestos del que dispone el gobierno colombiano, es imposible lograr cubrir a cabalidad con la gran demanda de necesidades en salud que deroga el pueblo.

De ahí que el objetivo general del servicio nacional de salud como unidad ejecutora en lo técnico y administrativo deje mucho que desear.

Con respecto a los objetivos especificos vemos que la protección y fomento de la salud, como parte técnica, no sea lo suficientemente acaparante y motivante. Para que las comunidades tengan un mejor nivel de vida, y por lo cual tambien la recuperación y rehabilitación en nuestro medio exija el mayor porcentaje de atención medico-odontologica.

En lo administrativo, podemos observar que hay una magnifica organización en cuanto al servivio nacional y especificamente en lo que respecta a dirección. Hay una magnifica sistematización teorica de la ejecución y lo mismo con respecto al control, estas dos actividades administrativas en la practica se ha dicho de nuestro caso local son un absur

do. Podríamos decir que la improvisación es una de las partes que manchan esa magnífica dirección.

En lo que se refiere a las actividades, el servicio de atención a las personas es muy deficiente y lo mismo en lo que se refiere al saneamiento ambiental.

Podemos decir que el SNS no solamente tiene fallas de subdirección, sistematización, ejecución etc, sino que también entran las partes importantes que influyen en el degrading total de la salud, como sistema. Entre otros factores tenemos los diferentes sectores que integran el contexto nacional y entre ellos podemos mencionar el educativo, el religioso, el político.

Uno de los principios importantes para el desarrollo de un país es un nivel de educación, que se emana a través de una correcta administración y distribución de recursos.

En la parte religiosa se ha presentado históricamente un alienamiento del pueblo lo cual ha contribuido bastante a que la salud científica no sea recibida de buen agrado por muchas comunidades.

De la política y economía no se puede esperar mucho, dado que hay una gran desigualdad social y como causa efecto la mala distribución de la riqueza y la concentración de la misma en un grupo reducidísimo, grupo de personas. Además de

la corrupción, burocratización, centralización y a este ni
vel político administrativo. Para concluir tenemos que un
aspecto del contexto nacional es la dependencia cultural,
politica y economica social del pais que lo ha llamado a
ubicarse en el tercer mundo.

CAPITULO II
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE
BOGOTA.

2. IDENTIFICACION DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE BOGOTA.

2.1 ESTRUCTURA DEL DISTRITO ESPECIAL DE BOGOTA.

2.1.1 Situación Geográfica:

El D.E de Bogotá está situado en el departamento de Cundinamarca en la zona central del país. Tiene una superficie de 1.528 Km² con una altura sobre el nivel del mar de 2.630 mt y una temperatura de 14^oC. La mayor parte del territorio está compuesta por una meseta plana rodeada por la cordillera oriental.

Están incluidos dentro del D.E de Bogotá 3 ciudades intermedias: Keneddy, Bosa, Quirigua (garces navas); y administrativamente esta dividida en 18 alcaldías menores.

A partir de 1.951 ha habido una rápida expansión industrial y se ha configurado en las últimas 3 décadas por centralización como el mayor complejo industrial en sectores de diferentes manufacturas como bebidas y combustibles.

2.1.2 Base Legal.

El acuerdo número 14 de 1.972 rige el servicio seccional de Bogotá, pero observamos los antecedentes y evoluciones del servicio a través de los últimos años.

2.1.2.1 Integración y Sistematización:

Su iniciación fué a partir de la ley 12 del 17 de mayo de 1.963, por la cual se elaboró el "plan hospitalario nacional" Luego se dictó una norma constituida por el decreto 3196 del 3 de diciembre de 1965, por el cual se logró la integración de los servicios de salud y la asistencia pública del país.

Algunos conceptos incluidos en este decreto como:

- Integración
- Planificación
- Programación
- Organización
- Proyección
- Coordinación.

La integración fue con base a contrato entre el representante legal del gobierno y los diferentes organismos de salud

Inascequiblemente se declaró el decreto 3196/65 y se expidió el decreto 1499 del 14 de junio de 1.966, reglamentario de la ley 12 de 1.963 ; para el desarrollo del plan hospitalario nacional, en el cual se estructuraron los servicios secciones de salud prorrogando así la vida jurídica de los

contratos de integración de los servicios de salud, firmados por algunos departamentos, intendencias y comisarias.

Más adelante se expidió el decreto 2470 del 25 de septiembre de 1.968, en el cual se definió el servicio nacional de salud, se establecieron sus niveles, reorganizándose el ministerio de salud.

El servicio de salud de Bogotá se rige por los decretos 056 y 350 de 1.975 que establecen el servicio nacional de salud y el gobierno distrital, respaldado por las autorizaciones del honorable consejo de Bogotá, el alcalde mayor, en los acuerdos No 14 de 1.972 y 24 de 1.975 y la resolución No 001 de 1.972 en los que se establece que el servicio de salud operará como un fondo financiero en carácter de establecimiento público distrital descentralizado, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente cuyo objetivo es la adecuación y desarrollo de las políticas y planes de salud en el distrito especial

2.1.2,2 Bases Constitucionales.

a. Las autoridades de la república están instituidas para defender a las personas en su vida, honra y bienes y para asegurar el cumplimiento de los deberes del estado.

b. La asistencia pública es función del estado.

c. Cuando una ley va contra los derechos de los particulados

res, el privado debe ser el interes público o social.

d. El estado puede intervenir en los servicios públicos para racionalizar o planificar.

e. El gobierno puede y debe fiscalizar la inversión de donaciones para fines de utilidad social.

f. Ordenar revisión y fiscalización de las tarifas y reglamentos de los servicios públicos.

g. Facultad del presidente para inspeccionar y vigilar las instituciones de utilidad común.

2.1.2.3 Obstáculos de la Integración de los Organismos de Salud para constituir el sistema de salud.

Se objetó el decreto 3196 por la siguiente razón:

a- ser puramente centralista.

b- Por incrementar la burocracia.

c- Por no decir como será la cooperación de departamentos e intendencias.

d- Subvertir el artículo primero del decreto 3196.

Se declaró inconstitucional el decreto 3196 y se creó la ley 9a de 1.963 dando facultades al presidente de la republica para la reorganización del SNS y el ministerio de salud Pública.

Para reglamentar la anterior ley se expidieron los decretos Números 056. 526, 670, 694, de 1.975.

2.1.3 Estructura Poblacional.

La población estimada de Bogotá es de aproximadamente 6.500.000 habitantes observando un ligero aumento en la población femenina (53.5%) por grupos de edad es más alta la población menor de 15 años (38.2%).

A partir de 1951 se notó un crecimiento en la población en Bogotá atribuida a la disminución progresiva en la mortalidad en grupos poblacionales más jóvenes con permanencia en altas tasas de natalidad, también puede atribuirse a la gran migración ocurrida en la época de la violencia.

2.1.3.1 Población en edad de trabajar PET.

Hasta 1973 se notó un acelerado crecimiento, siendo visible la población económicamente activa:

1951	1964	6.24%
1.964	1973	6.81%

Las fases del desempleo total fue del 8% para el año 64 y del 11% para el año 73. La población desocupada creció a una tasa anual del 9.58% entre el 64-73; siendo mayor el porcentaje de mujeres: 18,53%

2.1.3.2 Distribución de la PEA por sectores económicos

	1.971	1.974	1.977
1. Servicios	34.02%	32.07%	28.8%

2. Manufacturas	20.5%	22.6%	24.8%
3. Comercio	22.1%	-	21.7%
4. Construcción	8.47%	-	6.3%
5. Finanzas	4.6%	6.3%	8.3%

2.1.3.3 Distribución de la PEA según grupos principales de ocupación.

Para los periodos anteriores participan en su orden de importancia:

- a. Trabajadores operarios industriales.
- b. Trabajadores de los servicios.
- c. Comerciantes y vendedores
- d. Personal administrativo
- e. Profesionales.

Existe un marcado crecimiento en el número de profesionales que muestran la necesidad de tecnificación y preparación; en cuanto al personal administrativo, su participación en la PEA decrece. En el grupo de operarios industriales las fases de desempleo se inclinan al descenso lo mismo que los trabajadores del servicio.

2.1.4 Desarrollo Urbanístico

Como la mayoría de las ciudades latinoamericanas, se ve en Bogotá la tendencia normal de la población migratoria para satisfacer sus necesidades de vivienda en barrios clandestinos y de invasión desarrollándose en la periferia de Bogotá.

El actual déficit de vivienda tiende a mantenerse constante considerando las proyecciones de crecimientos demográfico y las soluciones que en el orden habitacional se les presentan como el actual proyecto de vivienda sin cuota inicial, se nos presentan como proyecciones para el futuro. Se aumentará la tendencia de adquirir vivienda ilegal. Se esforzara la tendencia como se dijo anteriormente, ofrecer programas habitacionales con estándares mínimos.

- Había tendencia a modificar los sectores de tugurios a través de su erradicación y conversión en viviendas multifamiliares.
- Las agencias internacionales condicionaran créditos para administrar programas de vivienda.
- Se necesitara ampliación hacia los cerros periféricos y crear defensa ecológica aprovechando el recorrido del río Bogotá.
- Tendrán que aparecer menos sectores institucionales.
- Se tendrá que modificar la creación de nuevos complejos deportivos y recreacionales.
- Será necesario, en materia de obras públicas seguir constituyendo puentes interseccionales, ampliando ampliando la red vial.

2.2 SITUACION ECONOMICA.

El vertiginoso ascenso de las tasas de sempleo y subempleo que se manifestó en los años 67-68, han manifestado una tendencia decreciente actualmente la tasa de desempleo es del

2.5% más 10% de subempleo. El 50% de la población tiene el salario mínimo.

2.3 SITUACION EDUCATIVA.

En el D.E funcionan 346 instituciones de preescolar, 594 instituciones de primaria oficial y 951 instituciones de primaria y secundarias privadas.

El 30% corresponde a educación pública y el 70% está en manos de la educación privada.

De acuerdo a estas cifras y teniendo en cuenta que las escuelas distritales funcionan en 2 jornadas, a cada escuela le corresponderían en promedio 1.979 niños.

2.4 ORGANIZACION ADMINISTRATIVA.

Bogotá está organizada bajo la dirección de un alcalde mayor y 18 alcaldes menores. El alcalde domina todos los sectores del área de servicios, identificados por las secretarías municipales y los institutos descentralizados.

Administrativamente Bogotá está dividida en 18 alcaldías menores que son:

1. Usaquén
2. Chapinero
3. Santa fé
4. San Cristobal
5. Usme

6. Tunjuelito
7. Bosa
8. Kennedy
9. Fontibón
10. Engativá
11. Suba
12. Barrios Unidos
13. Teusaquillo
14. Los mártires
15. Antonio Nariño
16. Puente Aranda
17. La candelaria
18. Rafael Uribe.

La ciudad cuenta con 625 barrios actualmente; mientras que en 1905 existían 52 barrios en un área materialmente pequeña.

Los 625 barrios son formados por:

- 75 Centros de salud
- 10 puestos de salud
- 5 Hospitales regionales
- 9 Hospitales locales.

2.5 DIAGNOSTICO EPIDEMIOLOGICO.

Se analizará la patología que frecuentemente está demandando los servicios de consulta externa, y la hospitalización

2.5.1 Analisis del grupo de niños menores de 1 año.

Las causas de morbi-mortalidad en este grupo se pueden clasificar en 2 grupos de patología:

- a. Enfermedades de caracter infeccioso de origen hídrico y respiratorio.
- b. Patología relacionada con atención del parto.

Los factores condicionantes, se ubican especialmente, en un deficiente tratamiento de aguas y a una cobertura insuficiente de distribución de las mismas. Otro factor condicionante, es el referente a la colección de basuras, polución ambiental debido al constante crecimiento industrial etc.

La calidad de la atención médica de los menores de 1 año es deficiente ya que las primeras causas de muerte son producidas por riesgos preservables con buena atención médica

2.5.2 Grupo de 1 a 4 años.

Esta población es muy susceptible a los parásitos intestinales, entonces hace su aparición la helmintiosis; los riesgos son fundamentalmente prevenibles.

Se presentan entidades de baja letalidad, como las enfermedades dentales. Las dos primeras causas de la mortalidad son la neumonia y la euteritis, la cual indica deficiencias en la atención médica; sumandose a esto accidentes causados por explosivos cilindros de gas, gasolina, vehículos

de motor, etc.

El sarampión es una de las primeras causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años.

2.5.3 Grupo de 5 a 14 años.

En este grupo ocupa primer lugar las enfermedades de los dientes y sus estructuras de sosten.

Los factores condicionantes más importantes son: la exposición al riesgo, socio-económico, cultural, y la insuficiencia prevención asistencial.

En la mortalidad predominan factores de riesgo sociales sobre los cuales el sector salud solo tiene un papel indirecto, y su función es hacer el diagnóstico epidemiológico para que sectores diferentes implementen las medidas preventivas.

2.5.4 Grupo de 15 a 44 años.

La primera causa de mortalidad en este grupo es del aparato genitourinario y enfermedades de dientes y estructuras de sosten.

Las primeras causas de mortalidad en estas edades son causadas por accidentes de automotores y otros accidentes en donde el sector salud tiene relación directa.

2.5.5 Grupo de 45 y más años.

Predomina en este grupo las enfermedades de tipo degenerativo. lesiones cerebro-vasculares y cardiovasculares, hipertensión arterial y afecciones llamadas crónicas, lo cual lleva a darle prioridad al nivel de atención médica, por lo tanto debe actuarse a este nivel, para que se tenga un impacto sobre la futura morbilidad de las patologías citadas.

A la insuficiencia de camas hospitalarias que existe, se le suma la falta de control que se le está dando, ya que en la mayoría de los casos se da prioridad a patologías que requieren tratamiento hospitalario. La primera causa de morbilidad hospitalaria están los partos en los cuales no se habría presentado complicaciones; ya sea por falta de asepsia, descuido del personal etc.

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

Los servicios públicos que inciden en la situación de salud de Bogotá y son:

- Servicio de acueducto y alcantarillado, distribuido a urbanizaciones legales y piratas o asentamientos espontáneos los cuales a estos últimos se les presenta gran cantidad de deficiencias.
- Recolección de basura; en este caso es diferente ya que la cantidad de desechos diarios es mayor a la capacidad

de recolección diaria.

- Contaminación Atmosférica; siendo el principal problema la contaminación con monóxido de carbono.
- Control de alimentos; principalmente leches y carnes.
- Zoonosis.

2.6 SERVICIO DE ACUEDUCTA Y ALCANTARILLADO

Se manifiesta en dos formas la prestación de este servicio

2.6.1 Servicio de Acueducto.

Cuando la urbanización es legal, el urbanizador se compromete a entregar en la venta las obras de urbanismo con redes de acueducto y alcantarillado; cuando la urbanización es pirata, se solicitan los servicios a través de la organización cívica o de la administración estatal para que la comunidad cuente con éstos servicios.

En relación con el servicio de acueducto existen 4 grupos distribuidos así:

Grupo No 1: Barrios localizados dentro del perímetro sanitario sin servicio de acueducto:

Número de barrios 18

Número de viviendas 5.875

Población aproximada 48.000 habitantes.

Grupo No 2: Barrios fuera del perímetro sanitario sin dificultades de desagüe (con agua):

Número de barrios	32
Número de viviendas	2.050
Población aproximada	16.400 habitantes.

Grupo No 3: Barrios fuera del perímetro sanitario con dificultades de desague (sin agua):

Número de barrios	51
Número de viviendas	5.525
Población aproximada	44.200 habitantes

Grupo No 4 : Barrios con servicio de agua y sin dificultades de desague dentro del perímetro sanitario: representa el resto de barrios.

Los barrios que estan fuera del perímetro sanitario con dificultades de desague y sin agua, encontramos que la empresa de acueducto y alcantarillado no va a prestar el servicio a estos barrios por estar alejados del perímetro urbano. El servicio de salud viene realizando estudios para la construcción de acueductos en estas zonas marginales.

2.6.2 Servicio de Alcantarillado.

La situación del servicio de alcantarillado se presentó así

Grupo No 1: Barrios dentro del perímetro sanitario sin servicio de alcantarillado.

Número de Barrios	48
Número de viviendas	52.025

Población aproximada 16.200 habitantes.

Grupo No 2: Barrios fuera del perímetro sanitario sin dificultad de desagüe.

Número de barrios 11

Número de viviendas 2.050

Población aproximada 26.100 habitantes.

Grupo No 3: Barrios sin servicios de alcantarillado; fuera del perímetro sanitario con dificultad de desagüe

Número de barrios 22

Número de viviendas 5.525

Población aproximada 44.100 habitantes.

Grupo No 4: Barrios con servicio de alcantarillado dentro del perímetro urbano;

2.7 BASURAS.

La situación de basuras es la siguiente:

2.7.1 Funciones de Aseo (EDIS) en Bogotá.

1. Barrida al municipio
2. Recolección residencial
3. Recolección a mayores productores como la industria y comercio.

2.7.2 Producción de Basuras.

La producción de basura por persona es de 0.8 kilogramos por día; con una producción total de basura de 3.500 ton/d

De los cuales se recolectan 2.250 toneladas, quedando sin recoger 1.250 ton/día.

2.7.3 Insuficiencia de Equipo.

Actualmente existen 22 volquetas, 17 gruas, 58 compactadores, 2 remolques, 2 buldorezers, adicionandosele a esto 24 carros recolectores que habían estado paralizados por falta de mantenimiento anteriormente y ya puestos en funcionamiento.

Aún así es insuficiente todo este equipo para recoger el 100% de la basura teniendo en cuenta que el mayor problema es que se encuentran en un avanzado estado de deterioro. Actualmente se están ensamblando 100 vehículos.

2.7.4 Mantenimiento.

No existe ninguna planta para mantenimiento de equipo.

2.7.5 Problema Financiero.

El problema se presenta por la falta de planificación de actividades y de la determinación de técnicas científicas y normas objetivas en la prestación de servicio. No se llevan registros de; Recolección, composición física y química y producción.

2.7.6 Disposición Final de Basuras.

La disposición final de estas basuras se hace en el botadero

ro del cortijo, ubicado sobre la margen derecha de la autopista Bogotá-Medellín que ha estado en funcionamiento desde hace 11 años aproximadamente y en la actualidad su vida útil se determinó en 2 años más y en el botadero de Villa Mejía, localizado cerca a las instalaciones de Corabastos. Es de anotar que la disposición final de basuras hace mediante el sistema de botadero abierto, es decir sin ningún control de tipo técnico sanitario.

2.8 CONTAMINACION ATMOSFERICA.

El control de la calidad del aire en Bogotá se realiza a través de la red panamericana de muestreo normalizado del aire. (Redpananire), lo cual ha encontrado: Anhídrico sulfuroso, polvo sedimentable, corrosividad y polvo en suspensión.

Se encuentran 5 estaciones de muestreo:

1. Capitolio Nacional.
2. Institutos de investigaciones tecnológicas.
3. Centro de salud, alcaldía
4. Licorera de Cundinamarca
5. Bomberos.

De estas 5 estaciones, la ubicada en la zona industrial San José es la que sobrepasa los niveles máximos permisibles para todos los contaminantes.

El servicio no tiene base legal jurídica para actuar sobre la industria contaminante, dado que es un programa maneja

do directamente por Minsalud. Bogotá cuenta con menos de 1.000 industrias contaminantes siendo de unos problemas las canteras, fabricas de cemento, ladrilleras, fábricas de asfalto, fábrica de aceites, fábrica de ácido sulfúrico etc.

El mas grave problema por contaminación es con monóxido de carbono por la gran cantidad de vehículos automotores.

Objetivo: Que las industrias se localizan fuera de la ciudad para evitar la contaminación.

2.9 ALIMENTOS.

El control de alimentos se esta adelantando actualmente en

2.9.1 Carnes.

Se proporciona a través de 5 mataderos de los cuales 3 cuentan con frigorificos con inspección sanitaria oficial; tienen una capacidad de sacrificio de 3.600 cabezas diarias con higiene aceptable.

Planchones Clandestinos: Existen más de 60 sitios de sacrificios clandestinos de reses, cerdos, chivos y caballos y se suma a ésto el ingreso de carnes procedentes de Cundinamarca, Boyacá amparados por sus correspondientes certificados de origen de la autoridad competentes, y salsamentarias por sus bajos costos.

Contro Sanitario: El control es eficiente a nivel de los 5 mataderos.

Se estima en 30 kg/año el consumo de carnes por habitante.

2.9.2 Leches.

En Bogotá se consumen aproximadamente 2.000.000 botellas de leche, que vienen de la sabana de Bogotá y de otros de partamentos y 200.000 producidas por el distrito y el resto en la sabana y los valles de Ubaté y Chiquinquirá.

El consumo diario por habitante se calcula en 0.5 botellas. La producción lechera decrece a un 7% anual, siendo un 45% no pasteurizada ni tratada.

El control se efectúa aunque un poco desordenada mente.

2.9.3 Verduras.

Existe una producción diaria actual de 22 toneladas conteniendo el apio el 70% de la misma, en el cual se tiene mercadeo con San Andrés, la costa y centro America.

Se conoce mucho el gran problema de contaminación con las aguas de desecho como las del rio Bogotá.

La mayor zona de producción es Bosa con un 75%.

2.10 ZOONOSIS.

2.10.1. Hidrofobia.

Es el principal problema en relación con la zoonosis, la rabia tanto canina como humana en el período de 1.966 y 1.976

se registraron 7 casos humanos y en los tres primeros meses de 1.979 se registraron 4 casos.

En 1.979 se realizó una vacunación canina masiva alcanzando una cobertura del 80%, existiendo 1 perro por cada 10 personas.

Se inició un programa de vigilancia epidemiológica con las siguientes actividades:

- a. Investigación de contactos.
- b. Observación de sospechosos.
- c. Control de focos.
- d. Seguimiento de positivos.
- e. Realización de exámenes de laboratorio a cerebros de animales sospechosos.
- f. Existen recursos humanos y físicos para el desarrollo de la fase de mantenimiento en animales tanto jóvenes como adultos no inmunizados en la anterior campaña de vacunación masiva.

2.10.2 Brucelosis.

Existe control en los hospitales San Juan de Dios, San Ignacio y Militar; la contraen más que todo los trabajadores de los mataderos y de los hatos lecheros.

2.10.3 Encefalitis.

Esta zoonosis no se presenta en regiones de altura como Bogotá por no estar completas las cadenas de transmisión.

2.10.4 Cisterculosis.

Los consumidores que tienen un mínimo de riesgo de contraer la enfermedad; se presenta más todo en el grupo laboral.

2.11 SISTEMA DE ATENCION EN SALUD.

2.11.1 Recursos Institucionales.

Las instituciones que prestas servicio de salud en Bogotá se encuentran clasificadas así:

1. Instituciones asistenciales.
2. Instituciones Oficiales.
3. Instituciones Privadas.

Instuciones Asistenciales.

El servicio de salud de Bogotá, conta de 75 centros de salud, 10 puestos de salud, 5 hospitales regionales y 8 hospitales locales.

2.11.1.2 . Hospitales locales Comunitarios

1. Hospital local la Granja.
2. Hospital local de Suba (vinculado)
3. Hospital San blas
4. Hospital del Guavio
5. Hospital del Meissen
6. Hostidal local del Carmen.

7. Hospital local de Bosa.
8. Hospital local de Fontibón.

En la regional No 1 Hospital Local de la Granja

Regional No 1 Hospital local de Suba.

Regional No 2 Hospital san Blas.

Hospital local del Guabio

Regional No 3 Hospital del Carmen

Hospital de Meissen

Regional No 4 Hospital Local de Bosa.

Regional No 5 Hospital local de Fontibón.

Existen 2 hospitales intermedios: la victoria y hospital del norte.

Existen 2 hospitales en la zona rural: Nazareth y Pesquilla

2.11.2.1 Hospitales Sedes Regionales.

Como se dijo anteriormente la regionalización esta dividida en 5 unidades regionales:

- | | |
|---------------|------------------|
| Regional No 1 | San Ignacio |
| Regional No 2 | La Samaritana |
| Regional No 3 | San Juan de Dios |
| Regional No 4 | Santa clara. |
| Regional No 5 | San José |

Estos 5 hospitales sedes son de alto nivel de complejidad, para algunos servicios; en la practica sirven no solo a Bogotá, sino al resto del país.

Los hospitales sede de la regionales No 1, 2, y 5 tienen los 4 servicios básicos. El hospital de la regional No 3 carece de servicio de pediatría. El hospital de la regional No 4 carece de servicio obstétrico y el de pediatría es incipiente. Estas instituciones todas tienen servicios auxiliares de Diagnósticos.

Las instituciones adscritas financiadas en instalaciones, dotación y personal son:

1. Hospital La samaritana
2. Hospital santa Clara
3. Hospital nacional de cancerología.

2.11.1.2.2 Centros de Salud.

El D.E de Bogotá cuenta con 60 centros de salud distribuidos así:

Regional No 1	15 centros de salud
Regional no 2	9 centros de salud.
Regional No 3	12 centros de salud
Regional No 4	6 centros de salud.
regional No 5	18 Centros de Salud.

2.11.1.2.3 Instituciones Vinculadas.

En este grupo encontramos:

1. Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos.
2. Clínica San rafael.
3. Hospital la Misericordia.

Estas instituciones realizan sus actividades enfatizando su atención en los grupos infantiles.

Institutos de carácter más especializado:

1. Institutos Neurologico de colombia.
2. Fundación Clinica Shaio
3. Instituto Nacional de cancerología
4. Instituto Franklin Delano Roosevelt.
5. Asociación colombiana de Diabetes.
6. Federico lleras.

2.11.1.2.4 Instituciones Adscritas.

1. Caja nacional de previsión social, a nivel de todo el país.
2. La caja de previsión social de Bogotá, a nivel del distrito Especial.
3. Instituto de Seguros Sociales.
4. Las cajas de compensación
5. Instituciones hospitalarias de la defensa nacional.

2.11.2.5 Caja Nacional

A la caja nacional se encuentran afiliados empleados oficiales a las cuales a Bogotá pertenecen 61.88.

Para la atención de estos afiliados existen medicos de consulta externa tanto general como especializados y contratados 8 horas diarias cada uno y atención hospitalaria distribuidas así:

Cirugia

Medicina

Pediatria

Ginecoobstetricia

Anestesiologia

Psiquiatria.

2.11.2.5.1 Caja Distrital.

La caja distrital se concentran afiliados 184.000 empleados para su atención medicos hospitalarios, distribuidas en los servicios de Pediatria, obstetricia, medicina, cirugia, y cuidados intensivas.

2.11.1.2.5.2 Instituto de Seguros Sociales.

Las instalaciones propias del Instituto son Clinica san Pedro Clvaer, Clinica Psiquiatrica Jorge Bejarano, Edificio Cudecom (administración)y los dispensarios central Chapinero comercial. (Bavaria, Tunjuelito,) consultorio de medicina deportiva.

Los demás dispensarios se encuentran en calidad de arrendamiento. Por otra parte poseen 72 consultorios localizados en empresas.

De acuerdo con la reestructuración de los programas de prestación de servicio estará a cargo las 4 unidades; programa ticas locales, se intentara descentralizar la prestación de los servicios medicos, mediante la creación de unidades pe

rifericas de atención ambulatoria, a nivel intermedio.

Las unidades programaticas serán las siguientes:

- Centro: Desde Av. 30 al oriente las calle 53 y av lra.
- Norte.: Todo el norte desde la calle 53 y la autopista de el dorado.
- Sur ; Desde la calle lra y la avenida l de mayo.
- Occidente: Comprende la parte occidental de la ciudad, entre la Av. l de mayo y la calle 53 desde la carrera 30.

Para el cumplimiento a corto plazo se proyecta en cada una de las unidades, la construcción de dispensario para el nivel básico de hospitales generales que por el nivel intermedio. A largo plazo para Bogotá la extensión de los servicios para los familiares de los afiliados se cálcula que la cobertura actual es aproximadamente de 15.3% y llegará al 56%

2.11.1.2.5.3 Caja de compensación

Existen en Bogotá varios cajas de compensación familiar que prestan servicios de salud, a sus afiliados y además tienen otros programas como cooperativismo y recreación.

Las principales cajas son: Colsubsidio, Cafam, Comfenalco, Indufamiliar y Compensar, existen otros como Afidro y Acopi

El número total de afiliados a las cajas Cafam, Colsubsidio Comfenalco es aproximadamente de 360.448.

2.11.1.3 Instituciones Privadas.

La forma como realizan las actividades se pueden resumir así:

1. Ejercicio privado Individual

- En asocio con otros de la misma especialidad.
- En asocio con otros profesionales
- Vinculados a entidades hospitalarias privadas.

2.12 RESUMEN

El número de camas disponibles en Bogotá se ha dividido en dos grupos:

	Psiquiatria
	Cirugia
	Pediatria
	T B C
	Medicina interna
Asistenciales	Cuidados intensivos
	Otros
	Indiferenciales
	Ginecoobstetricia
	I.S.S
Pensionados	Otras

La proporción de prestación de prestación de servicios por instituciones en la actualidad es:

Asistenciales	60%
I.S.S y caja	15%

Innacesible	25%
Privado	10%

Para el año 2.000 se prevee la siguiente situación:

Asistencial	20%
ISS y caja	70%
Inacesible	5%
Privado	5%

Para los proximos años se prevee desde el punto de vista ins titucional, un desarrollo en los siguientes puntos

- Construcción del hospital de Kennedy
- Confirmación de Centros de Salud.
- Predominio de Atención Domiciliaria a través de la dismi nución de permanencia hospitalaria.

2.13 RECURSO HUMANO.

Las personas vinculadas en el país al sector oficial direc to son 55.875. Bogotá posee 8.347

De los 1.942 licenciados del país 514 se encuentran en Bogo tá.

La concentración de técnicos (superior, medio) corresponde al 29.52% del total del país sin embargo, en relación a la población vinculada al sector oficial en Bogotá alcanza el 41.8%.

Las personas a nivel perito son 159- 1.9%

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

De las 32.141 personas adiestradas en servicios la seccional posee 3.349.

Al comparar el número de especialistas al servicio directo con los servicios indirectos se observa que corresponde 18.69% del total de especialistas.

La disponibilidad actual del recurso humano vinculado al sector oficial de salud en Bogotá se presenta a nivel académico.

2.14 PERSONAS VINCULADAS AL SECTOR OFICIAL DIRECTO SEGUN EL NIVEL ACADEMICO.

- Profesional
- Licenciado
- Técnico Superior
- Técnico Medio
- Auxiliar
- Adiestramiento en servicio, bachillerato completo
- Adiestramiento en servicio, con bachillerato incompleto
- Adiestramiento en servicio, con primaria completa
- Adiestramiento en servicio con primaria incompleta.

Adiestramiento en servicio, analfabetas.

2.14.1 Nivel Profesional

Médicos

Odontólogos

Médicos Veterinarios

Químicos farmacéuticos

Ópticas

Ingenieros Sanitarios.

2.14.2 Nivel Licenciado.

Estadísticos

Fisioterapeutas

Enfermeras

Microbiólogos

Nutricionistas

Terapeutas del lenguaje

Terapeuta ocupacionales.

Trabajadores sociales.

Otros licenciados.

2.14.3 Nivel Técnico Superior.

Enfermera general.

Fisioterapeuta lenguaje

Técnico laboratorio clínico

otros técnicos.

2.14.4 Nivel Técnico Medio.

Citotecnólogo

Instrumentadora quirúrgica

Técnicos de Radiología

Técnicos de radio terapia

Estadistas de nivel intermedio

asistente de administración

Perito de saneamiento

Supervisor de saneamiento.

2.14.5 Nivel Auxiliar.

Auxiliar de enfermería

Ayudante de enfermería

Auxiliar de odontología social

Técnico prótesis dental

Auxiliar consultorio odontológico

Auxiliar trabajo social.

2.14.6 Nivel Auxiliar de Servicios

Auxiliar Suministros

Auxiliar Administración

Auxiliar Biblioteca

Auxiliar contabilidad

Ayudante Droguería

auxiliar Farmacia

Auxiliar estadística

Perito Mantenimiento.

2.14.7 Médicos Vinculados al sector oficial Directo por Especialización

Anestesióloga.

Cardiología

Cirugia torax
Cirugia General
Reumatologia
Salud ocupacional
Salud pública
Psiquiatria
Toxicologia
Urologia
Otras especializaciones.

2.15 FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO.

Los aportes financieros del estado y la comunidad, para la movilización de los importantes recursos humanos y físicos del sistema nacional de salud constituyen el pilar de la infraestructura de apoyo para prestación de servicio a las personas, la realización de acciones sobre el medio ambiente y aun un eficiente administración.

A nivel distrital el situado fiscal constituye una de las más importantes fuentes de financiación en el servicio de salud de Bogotá.

La participación del situado fiscal del servicio de salud de Bogotá con relación al presupuesto nacional es muy baja 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 in

crementarlas para otros sectores del estado, que no necesariamente tienen más prioridad que salud. En cuanto a las otras fuentes de ingresos, su participación en salud debe ser ajustada a una realidad, ya que en el futuro los servicios prestados por la salud serán mayores, debido a la alta tasa de crecimiento poblacional como también a la incidencia que tienen los costos hospitalarios que son cada vez mayores.

Según la aplicación de fondos, su mayor parte ya destinada a la prestación de servicios hospitalarios como también a las entidades de beneficiencia más necesitadas pertenecientes al distrito especial de Bogotá.

Las transferencias que se hacen mensualmente por este rubro son discriminadas así:

- San Juan de Dios
- Samaritana
- Santa Clara
- Misericordia
- Lorencita Villegas de Santos
- San José
- San Ingancio
- Fray Bartolome de las Casas.
- Franklin Delano Roosevelt
- San Rafael
- Instituto Nacional de Cancerología

- Instituto Neurologico de colombia
- Clinica Shaio
- Hospital Vecina de suba.
- Clinica monserrate
- Clinica san juan Bosco
- Centro asistencial Adriano Perdomo
- Fundación Prometeo
- Liga colombiana contra el can cer.
- Otras instituciones.
- Siervas de jesús de la caridad.
- Centro de Santa maria de la Providencia
- Fundación para la educación especial
- Liga antituberculosa colombiana.
- Instituto de adaptación laboral ideal.
- Centro de rehabilitación para adultos ciegos.
- Fundar.

Los costos hospitalarios tienen un promedio anual de crecimiento así:

- Servicios personales	36.78%
Suministros	34.94%
- Gastos generales	38.12%

Además estos porcentajes deben ser reajustados anualmente a causa de:

- Tasa inflacionaria.
- La ley del salario Minimo

- El crecimiento de la población y otros.

Cabe agregar que el futuro financiamiento de los servicios de salud de Bogotá se realizará a expensas de una seguridad social que garantice el acceso de un alto porcentaje de la población, recibiendo atención médica con un sistema de pagos similar o igual al que actualmente tiene seguridad social.

El incremento de las organizaciones privadas que en este momento existe, su proliferación es cada vez mayor.

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

2.16 VIGILANCIA Y CONTROL.

Se conformó la unidad como apoyo a la coordinación técnica compuesta por las secciones de registro y control de medicamentos. Para el cumplimiento eficaz de estos propósitos se requiere de un apoyo permanente y sostenido de las áreas de atención a las personas y 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 vigentes pueden imponer las sanciones previstas.

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

2.17 PROFESIONALES INSCRITOS.

Medicos

odontologos.

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 más 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 actividades de control de droguerías y lograr una mayor eficacia.

Se normalizó al establecimiento de turno para que por lo menos 50 droguerías presten mensualmente el servicio las 24 horas del día, distribuidas en tal forma que la población tenga fácil acceso a las mismas organizaciones y definición de criterios y procedimientos de las inspecciones legales para que cumplan y hagan cumplir las disposiciones vigentes,

imponiendo las sanciones pertinentes mediante resolución motivadas en aquellos casos en que lo ameritan se da respectivo traslado a justicia penal establecimiento por primera vez de mecanismos de coordinación con el Daz y el F2 para ejercer las medidas de control efectivas.

2.18 DESARROLLO INTERNO.

Todas las entidades que en su actividad tengan alguna relación con la salud de la población.

Todas las instituciones públicas, privadas, con o sin ánimo de lucro que presten servicios de salud, determinando su situación frente a las normas establecidas.

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

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.

2.19 PERSONAL

Con el fin de procurar la incorporación del personal más

certificado garantizando igualdad de oportunidades para aquellos que llenen requisitos vinculándolos en razón al merito de cada uno. Se organizó el sistema de personal con las áreas de clasificación de cargos y selección de personal, de registro y acciones de personal y desarrollo y bienestar social con funcionarios calificados y conocedores del área respectiva.

Como actividades desarrolladas para ir lograndose.

El objetivo va propuestom se pueden destacar:

- Conformación de grupo de selección el cual viene desarrollando acciones para tecnificar la vinculación de los funcionarios.

- Se reestructuró la planta de personal de la secretaria de salud, como dependencia distrital, siguiendo las modificaciones que planteaba la reestructura orgánica de la sede ubicando el personal según el programa de cada unidad regional.

Se inició la prima técnica con criterios definidos, cobijando a 75 funcionarios teniendo en cuenta criterios de capacitación, experiencia y desempeño en el trabajo

2.20 DESARROLLO FUTURO.

Con el fin de lograr altos grados de eficiencia, deberá promoverse una técnica agila de clasificación de cargos que per

mita tener información oportuna para:

1. Diseñar y establecer sistemas de selección.
2. Establecer un sistema de promoción y ascensos que basado en una evaluación del trabajo permita manejarlo unicamente en base al merito de la persona.
3. Diseña e implantar programas de capacitación en servicio con el apoyo técnico y metalurgico.
4. Deberá el servicio modificar la actitud burocratizada de su personal.
5. La administración del personal deberá llegar a su total Descentralización a nivel institucional, manteniendo el servicio seccional de salud, su utilización, orientación y normalización.

2.21 SISTEMA DE COMUNICACIONES.

El sistema de atención que se está conformando en Bogotá en forma regional requiere de un sistema de comunicación a gil oportuno y veraz, ente las diferentes entidades que integran el sistema de servicios.

Para lograr esto el servicio de salud está adquiriendo una red que cubre las cinco unidades regionales con posibilidad inmediata de ampliarla a 715 hospitales especializados y locales a 17.61 centro de salud a 50 unidades moviles.

Cada unidad regional tiene su propio canal a través del cual establece intercomunicaciones con todas las agencias

de su área de influencia incluyendo las unidades móviles.

En caso de emergencia se permite la comunicación de todos contra todos en área específica y una regional, o en toda el área urbana de Bogotá.

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 influencia y con la sede del servicio a través de la estación retransmisor.

Los hospitales especializados, los locales y los centros de salud cuentan con un equipo fijo que le permite comunicarse con el hospital regional al del cual dependen, entre sí y con las unidades móviles de su regional.

2.22 CONSTRUCCION Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

La necesidad de educar a las plantas 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 en este año.

Las obras se adelantan en el centro de salud son:

Quiroga

Rionegro

Las Ferias

Juan XIII

San José

Granjas

Kennedy

H, Infantil

Asunción Bochica

Olaya

Puerta Tejada

Ismael Perdomo

Pasavilla

Ricaurte.

Igualmente se tiene prevista la ampliación modular de las policlinicas de Bosa, Fontibon, Meissen, la Granja, El carmen y suba.

Para darles capacidad minima de camas con la cooperacion del gobierno de Holanda con una suma de US\$ 750.000 y con apote de \$20.000 esto garantiza el fortalecimiento de la red de servicios intermedios en toda la zona occidental de Bogotá.

El servicio adelantó el programa medio arquitectonico del hospital de occidente el cual ha sido financiado y aprovechado, integrado por 3 subsistemas básicos:

Recursos administrativos y producción de servicios integrados e interrelacionados por el flujo de información de recursos y por el mecanismo de remisión y flujo de pacientes

2.23 FINANCIERA.

Este sistema busca definir los procesos que lo integran y controlarlos para así asegurar buenos programas de atención y salud. Se diseñó el proyecto de flujo de fondos para determinar tiempos y cantidades en que se suceden los recaudos y pagos.

En algunos hospitales este sistema de costos está funcionando a partir de los registros contables que permiten conocer costos por actividad y específicos por servicio.

Para la aprobación se creó la compatibilidad de las solicitudes por políticas de la salud se hace en el servicio de salud de Bogotá por medio de la junta directiva de servicios.

Otro elemento importante es la ejecución, es un instrumento del acuerdo trimestral de gastos se compone del programa que desarrolle cada área (atención médica, saneamiento ambiental, y administración). Este ejecución tiene un mecanismo de control para así ordenar la ejecución de un gasto cualquiera en concepto de ordenes de trabajo, ordenes de suministros, ordenes de ejecución de obra, servicios personales, contrataciones y divisas.

Esta ejecución se debe presentar los primeros cinco días del mes siguiente, es una base para establecer fuentes de ingreso

sos y gastos, identifica problemas y el grado de complejidad

Se creó el sistema de registro de información para conocer el nivel de ejecución presupuestal que los hospitales presentan en el mes siguiente a la actividad mensual, lo más importantes es la evaluación sobre el flujo de ingresos y gastos en relación con servicios personales, suministros y gastos generales. La evaluación se maneja por medio de un balance contable. Se puede hacer un análisis semestral con la administración y la auditoría.

El grupo de tesorería permite mostrar el movimiento diario de caja (ingresos y egresos) y su objetivo es la optimización de procesos de recaudo por concepto de multas, patentes y fumigaciones.

Actualmente los elementos de apoyo con que cuentan son fundamentales al control de manejo de inversiones para establecer sistemas de control de desarrollo para mostrar la falta de capacidad de inversión.

Se prevé en el futuro que este sistema sea útil a todos los hospitales del distrito, ya que está desarrollando el sistema de teleproceso para procesar oportunamente la información financiera.

2.24 SISTEMA DE INFORMACION

Se basa en el procesamiento de la información sobre las necesidades y demandas de la comunidad referente a la salud, teniendo en cuenta las características de las actividades técnicas y administrativas sobre el volumen y características de los recursos en salud. Se enfocan en las áreas de atención médica (por medio de registros médicos, historia clínica y estadísticas vitales).

En el servicio de salud de Bogotá se creó un sistema integrado que va a apoyar las actividades de decisión y control desarrolladas por los niveles jerárquicos a nivel central o hospitales.

Se diseñó el modelo de información para el servicio de salud de Bogotá, el cual tiene 5 etapas.

- a. Identificación de las acciones que son realizadas y que requieren ser analizadas.
- b. Desarrollo en calidad técnica y en servicio administrativos.
- c. Registro de acciones.
- d. Definir variables y acciones que intervengan en la toma de decisiones.
- e. Implantación definitiva.

Se ha investigado para el manejo de todos los pacientes a través de una institución con un carnet con el código igual al documento de identificación oficial. Un código de enti

dad en calidad de beneficiario o afiliado y otro que identifique la capacidad de pago.

2.25 AREA DE SUMINISTROS

Se creo esta área con el fin de llevar un registro de consumos para poder establecer en el futuro medidas de consumo en un tiempo por nivel de complejidad y calidad de servicios prestados, esto permite que los pedidos, órdenes de compra y entrega de almacén se hagan ordenadamente.

Esto nos permite adelantar en forma rápida un inventario, también conocer el promedio de vida útil de los elementos devolutivos.

Otro elemento de importancia es el desarrollo del proceso para el funcionamiento de cada programa para la inversión equipo e instrumental para la adquisición ya sea a nivel nacional o internacional.

En el futuro se debe licitar los precios para los diferentes artículos, se podrán adquirir directamente al productor o al proveedor a quien se le adjudica la licitación. Se están dando soluciones prontas y rápidas a recursos que se han convertido en críticos para la prestación de los servicios de salud.

Modelo Conceptual para un sistema de atención en Salud.

Se hace con el fin de racionalizar la prestación de servicios mediante:

1. Oferta de servicio.
2. Necesidad de servicios.

Oferta de Servicios: se basa en:

1. Nivel de complejidad
2. Areas de especialidad

El Nivel de complejidad: Se da en base a servicios, se basa en una relación entre los recursos existentes y la complejidad de la atención. Las áreas de especialización deben ser ubicadas técnicamente para canalizar los recursos de una manera racional.

Necesidades en función del riesgo: Se basa en la clasificación de las diferentes enfermedades de los diferentes sistemas del organismo, se clasifica de acuerdo al riesgo frente a las patologías. Se plantea la demanda en base a:

1. Analisis del tipo de problema.
2. Gravedad del problema.

Tipo de Problema.

En relación

1. Con enfermedad; Cualquier patología y secuelas.
2. Riesgo de enfermedad; Relación media ambiente que favorezca la aparición de la enfermedad.

Hay que establecer la gravedad de la enfermedad en base:

1. Tiempo de atención
 - a. Inmediato
 - b. Menos de 24 horas
 - c. Más de 24 horas.

2. Incapacidad.
 - a. No rehabilitante
 - b. Rehabilitante
 - c. Sin incapacidad.

2.26 ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD.

El trabajo de organización y participación de la comunidad en Bogotá se limita a la ayuda esporádica en la remisión de algunos pacientes. No es posible atender las necesidades y demandas de salud en base a los recursos existentes.

La comunidad debe participar en las siguientes actividades:

1. Identificación de las necesidades.
2. Participación de la ejecución de acciones.
3. Participación en la evolución del impacto de los programas.
4. Participación en el financiamiento.

En relación a lo anterior debe identificarse:

1. Instrumento que identifican el concepto de comunidad en la relación con la prestación de servicios de salud.

2. Instrumentos que identifican las necesidades sentidas de la comunidad, para correlacionarlas con las necesidades supuestas técnicamente.
3. Instrumentos que permiten que los programas técnicos se ajustan y compaginen con las necesidades por la comunidad.
4. Instrumentos que identifiquen la real capacidad de pago de la comunidad.
5. Instrumentos que evalúen el impacto de los programas y actividades que en materia de salud se van desarrollando conjuntamente.
6. Diseño de estrategias que permiten que los funcionarios institucionales acepten en toda su dimensión la organización y participación capacitante de la comunidad.

2.27 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Un sistema de vigilancia epidemiológica eficiente, supone que se tenga un excelente sistema de registro.

En el caso de las enfermedades inmunoprevenibles, se realizan acciones de vigilancia, para evaluar las efectividades y el impacto de los programas de vacunación.

La vigilancia epidemiológica no solo debe ir encaminada a las tendencias de las entidades patológicas sino también a las acciones que se ejecutan para mantenerla erradicada.

2.28 REGIONALIZACION.

La prestación de servicios de salud de una manera eficiente y oportuna cualquiera que sea el lugar de la vivienda o trabajo de la población, constituye uno de los propósitos fundamentales de cualquier servicio de salud. Este se hace mediante la regionalización.

El sistema de regionalización es básicamente un instrumento de gestión administrativa y planificación operativa donde se prevee una suficiente delegación técnico-administrativa con la consecuente descentralización de la autoridad en el nivel más cercano a la producción de servicios. Además de ser un mecanismo de planificación operativa con la consecuente desconcentración de los recursos y por lo tanto la ejecución de las actividades de los sitios más desprotegidos se racionaliza así la ubicación de la infraestructura para llegar a una mejor cobertura de prestaciones de los mismos.

En la actualidad existen 5 regionales en Bogotá.

Unidad Regional No 1 San Ignacio

Unidad regional No 2 La Samaritana

Unidad regional No 3 San Juan de Dios

Unidad regional No 4 Santa clara

Unidad regional No 5 San José.

El criterio de comunidad y de riesgo constituyen el elemento de mayor importancia para la definición de los límites

de las regiones.

También se tendrá en cuenta la relación demanda y oferta o sea población frente a los recursos existentes en la zona geográfica delimitada. Se califican estos recursos existentes, para que así de forma coordinada y relacionada participen con todos sus recursos, y esto redundara en una adecuada distribución del trabajo, con el ánimo de evitar duplicidades y por ende alcanzar la mayor productividad posible en la capacidad instalada para la ejecución de los programas.

Luego se identificará cual entidad ejercerá el liderazgo, y cual será la que reciba la delegación de autoridad, en base a su capacidad técnico-administrativo. Esta entidad será la cabeza de la unidad regional triducia en hospital sede, debera entregar las diferentes instituciones y establecer prioridades consolidar programas y redistribuir los recursos en una forma eficiente para beneficio de la población.

También es necesario poner en practica un programa de enseñanza, aprendizaje para capacitar el personal que va a cumplir con las tareas de programación, reparación y rehabilitación de la salud.

El funcionamiento de la unidad regional, por lo tanto debe entenderse a dos niveles;

Frente al sistema nacional de salud, a través del servicio de salud de Bogotá, y en lo referente a las relaciones internas del sistema regional. Se resalta el subsistema de referencia de pacientes, considerando la referencia en los dos sentidos;

- Apertura de historia clinica: Se debe abrir en todos los niveles al paciente que vaya en búsqueda del servicio en donde se resumirá la información para los casos especiales que ameriten consulta especializada.

- Hoja de remisión de pacientes: Es el instrumento indispensable para el flujo de pacientes en los dos sentidos, la historia clinica permanecerá en el sitio en donde en primera instancia se atendió al paciente, al nivel superior debe regresar la hoja de remisión debidamente diligenciada en cuanto al diagnostico definitivo.

- Historia de Urgencia: Es la que se debe diligenciar a todos los pacientes que acuden en búsqueda del servicio, mostrando por violencia, accidentes, agresiones o por cualquier motivo.

2.29 ATENCION MEDICA

La división de atención medica en la actualidad consta de 4 secciones para dar solución a las necesidades de atención, son ellas;

1. Materno Infantil

2. Salud oral
3. Salud mental
4. Programas medicos especiales.

Lo anterior permite entonces ubicar los siguientes elementos:

- a. Procesos que se siguen en la atención de la patología procedimientos que están siendo utilizados para el manejo de las diferentes patologías. Es evidente que la mayoría de los procedimientos poseen fallas técnicas sobre todo en la utilización de los recursos con efectos de mala calidad e incrementos necesarios en los costos de los servicios.
- b. ¿Quién realiza dicha atención? Esto permite identificar dos situaciones:
 - Casos en los cuales los procesos son realizados por personas no capacitadas para ello.
 - Casos en los cuales muchas personas demuestran mayor eficacia por su experiencia en el trabajo.
- c. Definición de tareas y actividades. Eso sólo puede lograrse mediante el establecimiento de efectivos sistemas de retroalimentación, para que los diseños del sistema no se queden teorizados unicamente.
- d. Definición del equipo minimo deseable con sus funciones especificas; en este punto deben tenerse en cuenta las experiencias de diferentes sistemas de atención, sobre todo

en lo que se refiere la técnica simplificación.

e. Definición de requerimientos mínimos de recursos y de inversión; Esto permite que la distribución de recursos y de inversión se haga de acuerdo a las verdaderas necesidades de cada área.

f. Importancia de la definición de los siguientes sistemas

- Diagnóstico
- Manejo por patología
- Auditoría.
- Asesoría y evaluación
- Información y comunicación
- Supervisión.

g. Diagnóstico de la capacidad real del recurso humano y el consecuente establecimiento de las necesidades del desarrollo del personal: De esto y de lo anterior se desprende la importancia del nivel técnico que tenga el recurso humano. Por lo tanto la capacitación debe realizarse en servicios, en programas de conjunto con las universidades.

Del análisis epidemiológico se puede observar claramente que el programa de salud más serio que afronta Bogotá es la carencia de servicios completos, eficientes y accesibles para la atención de urgencias médicas y quirúrgicas. Volviéndose más grave esta situación en los últimos años.

La gran demanda de servicios de urgencia, contrasta con un

sistema deficiente para la atención de las mismas, a pesar que ha sido reforzado el parque automotor. En el momento se presentan aproximadamente un millon de consultas en relación con urgencias medico-guirurgicas y con hospitalización de que ella se deriva. Se pueden identificar entonces como causas principales de este problema los siguientes:

1. Crecimiento demògrafico muy alto.
2. Existencia de un deficit en los programas de construcción y ampliación de los servicios de urgencias, en los hospitales de la ciudad.
3. Ausencia de un plan definido por parte del estado en relación a los servicios de urgencias en Bogotá.
4. Los datos estadisticos provenientes de los hospitales sedes de las unidades regionales del servicio demuestran en orden de importancia las causas de morbilidad por urgencias
Ellas son:

- Accidentes, envenenamientos y violencias.
- Enfermedades parasitarias y vinales.
- Heridas con armas cortopunzantes, contundentes de fuego
- Enfermedades del aparato digestivo
- Enfermedades del aparato respiratorio
- Traumatismos varios

Para dar solución a este grave problema, se adelantan las siguientes acciones:

1. Remodelación, construcción y educación de plantas físicas de los servicios de urgencias de las unidades regiona

les y locales, esto comprende:

a. Construcción y remodelación de las unidades de urgencias de los hospitales de Bogotá, los cuales son: San Ignacio, infantil, Samaritano, San Juan de Dios, Santa Clara, San José, la Misericordia y el Instituto Neurológico.

b. Remodelación y ampliación de las unidades de urgencias en los centros y puestos de salud. Los cuales son: la Granja, Meissen, El Carmen, Bosa, Fontibón, Surta.

c. Anteción de instalaciones para unidades de urgencias en los centros y puestos de salud.

2. Dotación según los niveles de urgencias: para esto se deberá tener en cuenta los hospitales regionales, locales y centros y puestos de salud.

3. Implementación del sistema de radiocomunicaciones y transporte.

4. Capacitación y provisión del personal requerido

5. Diseño del sistema de provisión y suministros por urgencias.

6. Información a la comunidad relacionada con los servicios de urgencias.

7. Evaluación del sistema de reajuste.

Definición de Urgencia: Es la atención que se le presta al enfermo que ha sufrido en forma aguda una alteración de su integridad física o mental, por una agresión o por una en

fermedad que requiere atención inmediata.

SISTEMA DE LA ATENCION DE LA URGENCIA

De acuerdo al sistema nacio al de salud se deberá partir del nivel de menos complejidad al de maxima tecnologia, describiendo la actuación que tiene en la urgencia promotora, la auxiliar de enfermeria, la enfermera jefe, el médico consultante, el médico director a nivel de policlinicas y hospital local comunitaria y la responsabilidad de cada uno de los mismos.

CLASIFICACION DE LA URGENCIA.

- Urgencia inmediata.
- Urgencia diferida
- Paciente no urgente 85%

El paciente de urgencia inmediatamente puede ser clasificado como:

- Traumatizado
- Lesiones moderadas o graves.

Una vez que el médico conceptua sobre la gravedad de la urgencia (teniendo en cuenta si es una urgencia quirirgica o medica), lo podria remitir

- a. Al consultorio médico de urgencia de turno.
- b. A consulta externa.
- c. Lo dejan en observación para estudio y diagnostico por un termino de 24 horas.

El paciente se clasifica en diversos grupos

1. Paciente con superficie corporal quemada hasta un 18%
2. Paciente con superficie corporal quemada de más 15%
3. Paciente con traumatismo craneano y
4. Paciente ginecoobstetricias.

2.30 RELACION DOCENTE ASISTENCIAL

En cuanto a esto se debe tener en cuenta los siguientes principios;

- a. Las actuales facultades de medicina y las demás disciplinas de área de ciencias de la salud deben tener sitios de practica, los cuales deberan ser todas las instituciones y entidades que actualmente prestan servicios de salud, con sus centros y puestos de salud.
- b. La finalidad esencial de todas las instituciones y entidades será la asistencial, sin que ello limite el contenido docente que en todas debe darse.
- c. Todos los funcionarios que estén vinculados actualmente al servicio de salud o a alguna de sus entidades tendrán la oportunidad de ser docente y podrán hacer su carrera, de acuerdo con sus méritos y la reglamentación propia de cada universidad.
- d. El valor de los costos se harán únicamente institucionalmente y el personal implicado continuara con una sola entidad contratante.

e. La programación de actividades, los lugares, el tiempo de duración., las áreas de docencia, aprendizaje, el número de docentes y demás aspectos serán acordados conjuntamente entre las universidades y el servicio, dos meses antes de iniciarse el correspondiente periodo académico.

f. Se seguirán todas las normas administrativas que las entidades de prestación de servicios tienen establecidas.

g. La docencia se realizará en todas las entidades e instituciones vinculadas o adscritas al servicio de salud de Bogotá.

2.31 SANEAMIENTO

2.31.1 Acueducto y Alcantarillado

El sistema de distribución de aguas tratadas del acueducto de Bogotá esté integrado por plantas de tratamiento los tanques de distribución y compensación las estaciones de bombeo, toda la red de tubería de la ciudad y las instalaciones domiciliarias.

El sistema de distribución está dividido en 3 zonas de presión.

a. Zona Alta; Centro y sur oriente, alimentada por las plantas y vitelma y san Diego.

b. Zona intermedia; sur de la ciudad. Alimentada por las plantas del tibatío y por bombeo de la de usaquen.

La evacuación total de aguas negras se efectua mediante dos sistemas principales.

- a. El sistema del salitre.
- b. El sistema de Fucha

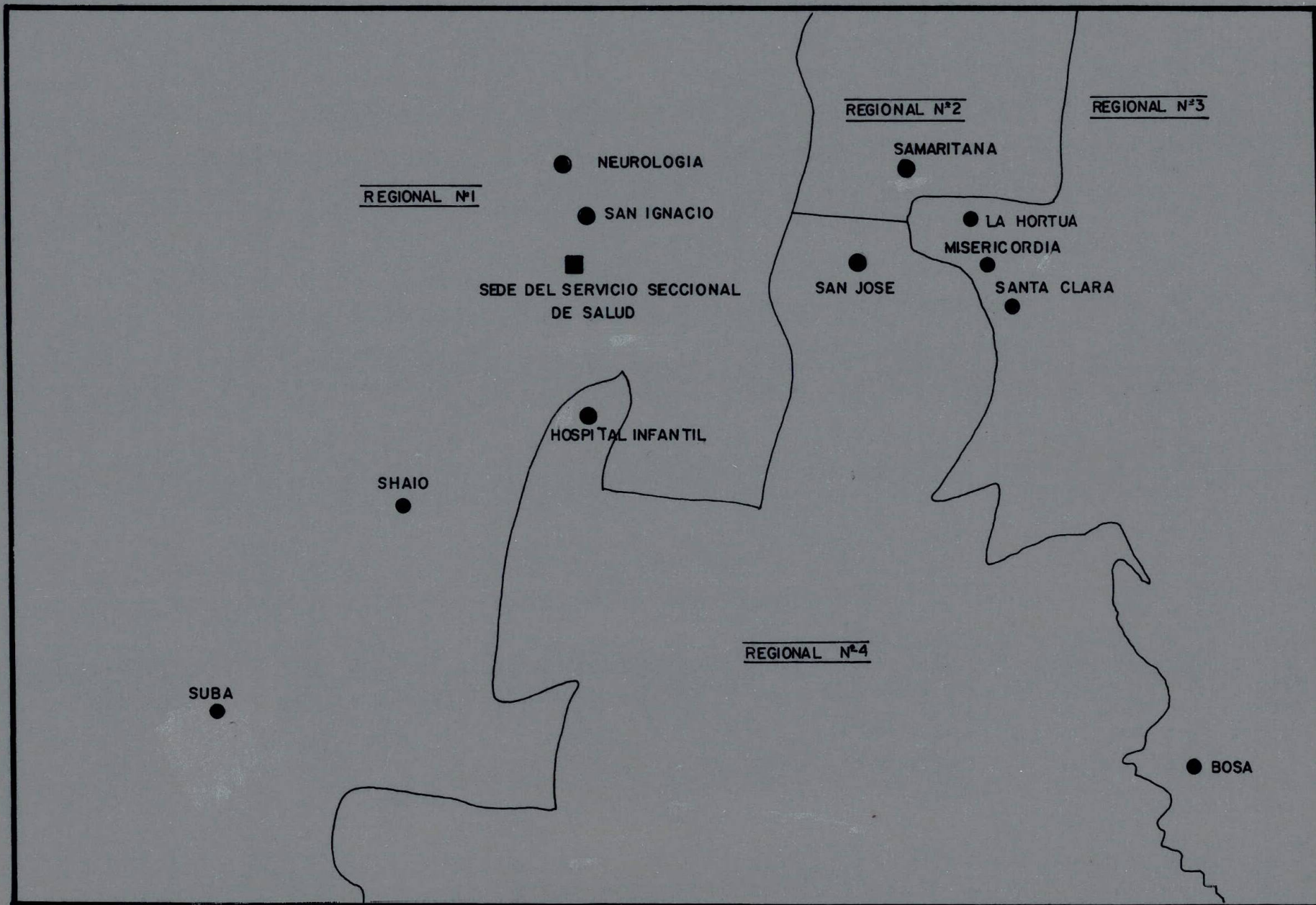
Hay dos proyectos importantes en cuanto a este aspecto que son;

- 1. Proyecto de chingaza
- 2. Descontaminacion del río Bogotá.

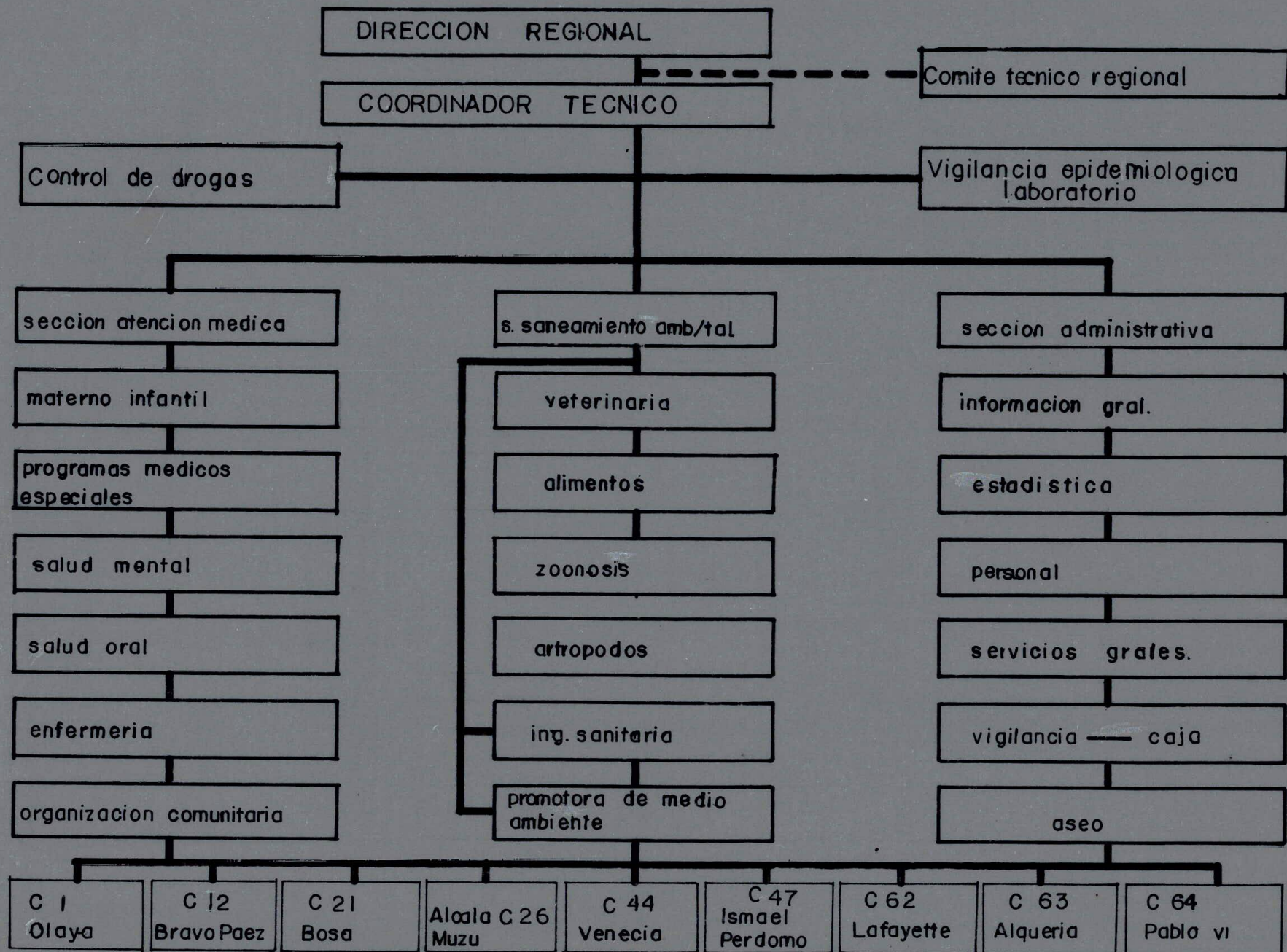
CAPITULO III

PRESENTACION DEL NIVEL REGIONAL.

REGIONALIZACION Y NIVELES DE ATENCION MEDICA BOGOTA DE



ORGANIGRAMA DE LA REGIONAL



3. PRESENTACION DEL NIVEL REGIONAL.

3.1. DEFINICION DEL SUJETO

3.1.1. Ubicación

La Regional No. 4 Santa Clara- del Distrito especial de Bogotá, tiene como sede el Hospital Universitario de Santa Clara, ubicado en la carrera 15 No. 1-59 sur. Son los límites de ésta regional:

- Avenida sexta sur costado occidental hasta la avenida Caracas, sigue por la avenida 13 hasta la calle 27 sur; por ésta baja hasta la avenida 19 sur con carrera 25 continuando hacia el sur, hasta la calle 48 sur con carrera 31., toma la autopista sur hasta los límites de Soacha.

- Siguiendo el curso del Río Tunjuelito, llega hasta la diagonal 60 sur, de donde busca la avenida Boyacá, hasta la autopista sur, cogiendo por ésta hasta la avenida General Santander y el Río Fucha, siguiendo su curso hasta la calle sexta sur con carrera 22. De éste punto sale a encontrar la avenida Caracas, quedando enmarcada la zona que compren

de ésta regional.

En su trayecto acoge un total de 55 barrios y toda la zona industrial del sur .

3.1.2. Base Legal.

El plan hospitalario nacional se instituyó por la ley 12 del 19 de mayo de 1963 y fue reglamentado por los siguientes decretos.

- Decreto 056 de 1975 en su artículo 19 divide el nivel seccional de Salud en unidades regionales de Salud que a su vez estarán integradas por las siguientes unidades ejecutoras:

- a. Hospitales regionales
- b. Centros de salud
- c. Puestos de salud
- d. Todas las demás entidades que presten servicio de salud dentro del área geográfica de la regional.

- En su artículo 21, éste decreto, formula las funciones de la regional. Ellas son:

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

d. Aplicar a los organismos locales de salud el régimen de vinculación y adscripción.

- Decreto 356 de 1975. Dice que todos los organismos públicos que prestan servicios, deben estar adscritos al sistema nacional de salud y dependen administrativamente de los organismos de dirección del sistema. Su artículo No. 2 nos dice lo siguiente: "Son entidades adscritas al sistema nacional de salud todas las personas jurídicas de derecho público, que presten servicios a la comunidad, reciban o no aportes del Estado."

Segun lo anterior el Hospital Regional de Santa Clara y sus Centros y Puestos de Salud, son entidades adscritas al Sistema Nacional de Salud.

3.1.3. Objetivos.

3.1.3.1. Objetivo General.

Integración de los servicios de salud en todas las areas y niveles, por medio del diseño, coordinación y evaluación de programas específicos, de acuerdo con la programación que establece previamente el sistema. De esta forma, puede responder eficazmente a los requerimientos de salud que le demande la comunidad.

3.1.3.2. Objetivos Subsidiarios.

3.1.3.2.1. Objetivo de Organización.

Adoptar la estructura de organización base, en el Hospital Sede, para garantizar la ejecución de los programas propuestos por la Jefatura de la Unidad Regional y su Junta Asesora, siendo su orientación, la promoción y prestación de los servicios integrados de salud a nivel regional de acuerdo con los planes seccionales y ejecutados por las unidades locales.

3.1.3.2.2. Objetivo de Operación.

Implementar las políticas nacionales de salud por medio de la programación del ofrecimiento del servicio en el nivel regional. La coordinación de los servicios, la supervisión de éstos y la auditoría médica y administrativa sobre la ejecución de éstos servicios en las unidades locales.

3.1.3.2.3. Objetivo de integración de Recursos.

Coordina la programación de necesidades y un adecuado suministro de recursos en materia de salud. El enfoque de su administración está dado hacia las áreas de mayor riesgo para la comunidad dentro del ámbito regional.

3.1.3.2.4. Objetivo de Desarrollo de los Recursos Humanos.

Incrementa el recurso humano a partir de la colaboración de la comunidad, para la solución de problemas tales como capacitación de personal orientada hacia las áreas prioritarias de la problemática de salud.

3.1.3.2.5. Objetivo de Relacionamiento.

Relaciona los planes seccionales y las actividades inherentes de los organismos adscritos y vinculados al sistema nacional de salud a nivel local por medio de la comunicación de aspectos relacionados con la programación, presupuesto y operación, para lograr armonía en las actividades.

3.1.3.3. Objetivos Específicos

3.1.3.3.1. Salud Oral.

1. Resolver las necesidades de dotación, para mejorar la prestación de los servicios tanto en calidad como en cantidad.
2. Resolver las necesidades de dotación de las unidades operativas.
3. Implantar niveles de atención en salud oral para poder prestarle a la población que lo demande, una atención integral.
4. Ofrecer un servicio de atención permanente.
5. Racionalizar la dotación de los Centros de salud.
6. Dar cumplimiento a las políticas del Ministerio de Salud.
7. Adecuar los recursos humanos a las necesidades. Mejorar la calidad de la atención, la continuidad de los programas y la ampliación de la cobertura.
8. Unificar criterios para organizar el servicio. Además proporcionar un instrumento de consulta sobre procedimientos y responsabilidades.

9. Alcanzar un nivel de desarrollo óptimo en las actividades programadas sobre atención en salud oral, estandarizando procedimientos que permitan atención simplificada y de calidad.
10. Identificar los elementos del sistema, para la prestación de los servicios .
11. Racionalizar la oferta y demanda de servicios, basados en las condiciones de la atención prestada.
12. Analizar el desarrollo del programa de salud oral y hacer los ajustes necesarios de acuerdo a los resultados obtenidos.

3.1.3.3.2. Salud Mental.

Tiene objetivos generales y específicos. Los generales son:

1. Creación de un sistema que permita incrementar el programa de salud mental partiendo de las pautas señaladas por la división de atención médica, respecto de las poblaciones de mas alto riesgo.
2. Asesorar y supervisar a las diferentes unidades regionales en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Los objetivos específicos de la salud mental son:

1. Conocer lo más fielmente posible los problemas de salud mental y su incidencia en Bogota.
2. Definir el campo de atención específica e iniciar el pro

grama de salud mental.

3. Elaborar un programa de salud mental que permita un adecuado uso de los recursos existentes.
4. Colocar las bases para el desarrollo de los programas de salud mental.
5. Establecer prioridades y desarrollar acciones en los diferentes niveles de atención.
6. Establecer un patrón de manejo de acuerdo a la patología a tratar.
7. Establecer necesidades y requerimientos de capacitación, remodelación y construcción.
8. Diseñar un sistema de auditoría médica en salud mental.
9. Diseñar un sistema de información y evaluación de salud mental.

3.1.3.3.3. Atención Materno Infantil.

Su objetivo general es el fomento de los programas materno infantiles que tengan como objetivo la reducción de la morbi-mortalidad de la población susceptible, mediante acciones de fomento, protección y recuperación de la salud.

Sus objetivos específicos son:

1. Diseñar un sistema de prestación de servicios en esta área de acuerdo al nivel de complejidad.
2. Elaborar un plan de capacitación que permita asumir las funciones propias y específicas de prestación de servicios,

delegar funciones y supervisar acciones menos complejas.

3. Establecer un modelo de dotación de acuerdo a los niveles de atención para integrar la población materno-infantil a los servicios de salud.

4. Realizar funciones de evaluación y supervisión en la prestación del servicio, según los parámetros establecidos.

5. Incrementar la labor de educación e información a la comunidad para obtener la capacitación de ésta en el desarrollo del programa materno-infantil.

6. Evaluar los programas realizados y elaborar la programación del próximo año haciendole los ajustes pertinentes.

3.1.3.3.4. Enfermedades transmisibles.

Como objetivo general está el implementar un programa de enfermedades transmisibles mediante el diseño de un sistema de prevención, atención, tratamiento, control, supervisión y asesoría a nivel local, regional, seccional.

Los objetivos específicos son:

1. Actualizar las normas existentes para aumentar la cobertura en las áreas de promoción, prevención y tratamiento.

2. Asesorar a las unidades regionales en supervisión, control y tratamiento.

3. Elaborar y ejecutar programas de prevención.

4. Elaborar programas de tratamiento y seguimiento de enfermedades transmisibles crónicas tales como lepra, sífilis y tuberculosis.

3.1.3.3.5. Nutrición y Educación.

Realiza un seguimiento y control de las actividades de desarrollo de los programas con el fin de analizar cada uno de ellos y hacerle los ajustes necesarios para su adecuada realización.

3.1.3.3.6. División Administrativa

Esta división suple todos los requerimientos de información a nivel regional y seccional y dentro de ésto se incluye: selección de equipos, análisis del sistema, programación y operaciones necesarias. Además organiza y supervisa todos los departamentos de la regional, así como sus anexos y dependientes.

3.1.3.3.7. Grupo de Organización y Participación de la Comunidad.

Estudia las necesidades básicas en atención médica, odontológica y saneamiento ambiental, elaborando y ejecutando programas de salud, organiza a la comunidad para que tome participación activa en los programas de salud.

3.1.3.3.8. Vacunación.

Su objetivo es el prevenir el riesgo de enfermedades, mediante la vacunación. Esta se aplica a recién nacidos, escolares y en campañas de vacunación. Actualmente se está desarrollando una campaña de vacunación contra el polio.

3.2. CENTROS DE SALUD Y DISPENSARIOS DE LA REGIONAL.

3.2.1. Centros de Salud.

3.2.1.1. Centro No. 1 Olaya.

Dirección: carrera 21 No. 22-51 sur

Dá cobertura a los siguientes barrios: Restrepo occidente, Restrepo, San Antonio, Centenario, Fragua, Fragueta, Libertador, San Jorge, Santander sur, Santiago Perez, Sena.

3.2.1.2. Centro No. 12. Bravo Paez.

Dirección: Calle 37 No. 25-07 sur

Dá cobertura a los siguientes barrios:

Barvo Paez, Claret, Eduardo Rey, Inglés, Murillo Toro, Nuevo Desarrollo. Once de Noviembre. Villa del Río.

3.2.1.3. Centro No. 21 Bosa.

Dirección: calle 12 No. 12-28 (Bosa)

Son sus barrios: Bosa Estación, El Porvenir, Despensa, Jiménez de Quesada, Nuevo Chile, San Jorge, San Pablo.

3.2.1.4. Centro No. 26 Alcalá.

Dirección: Carrera 49 No. 37-06 sur

Son sus barrios: Muzú, Muzú II, Alcalá, Tejar, Tejar Oriente, Ciudad Montes, Remanso sur, Villa Sonia.

3.2.1.5. Centro No. 47 Ismael Perdomo

Dirección: Calle 63A No. 76-03 sur.

Conformado por los siguientes barrios:

Usuco, Nuevo desarrollo. Nuevo desarrollo II, Ismael Perdomo, Perdomo Alto, Zona Industrial Cazuca.

3.2.1.6. Centro No. 62. Lafayette

Dirección: calle 1B No. 19 A- 19 sur.

Son sus barrios: Lafayette, Eduardo Santos.

3.2.1.7. Centro No. 63 Alqueria- La Fragua.

Cobertura a los siguientes barrios: Alquería, La Fragua, Delicias, Floralia, Providencia Occidental, Providencia Oriental, Providencia Sur, Villa nueva, Salvador Allende.

3.2.1.8. Centro No. 64 Pablo VI

Dirección: Transversal 15C Diagonal 36 sur Bosa.

Son sus barrios: Carlos Albán, León XIII Nueva Granada, etc.

3.2.1.9. Centro No. 44 Venecia.

Son sus barrios: Fátima, Rincón de Venecia, Nuevo Muzú, Venecia Occidental II, Venecia Occidental, Marcellin.

3.2.2. Dispensarios.

3.2.2.1. Dispensario Bosa.

Dirección: Avenida 7a. No. 12 A- 09 (Bosa)

3.2.2.2. Dispensario Restrepo.

Dirección: Calle 17 No. 18-50 sur

3.2.2.3. Dispensario Tunjuelito.

Dirección: carrera 12 No. 53-76 sur.

3.2.2.4. Dispensario Zona Industrial Cazuca

Dirección: Autopista del sur. Zona industrial Cazuca (bosa)

3.2.3. HOSPITAL LOCAL COMUNITARIO. de BOSA

Dirección: Calle 12 No. 13-68

3.3. FUNCIONES DE LA REGIONAL.

3.3.1. Elaboración y Desarrollo de Programas.

Que esten en infinita relación con las políticas del sistema nacional de salud, pero adaptadas de acuerdo a las necesidades de la regional.

3.3.2. Adiestramiento de recursos humanos a nivel regional y local logrando un mejoramiento del servicio.

3.3.3. Desarrollar todos los subsistemas a nivel regional e incorporarlos al nivel local.

3.3.4. Analizar correctamente el presupuesto para desarrollar en forma correcta las actividades programadas en salud que van a prestar los organismos del nivel local.

3.4. IDENTIFICACION DEL SUJETO.

3.4.1. Poblacion.

El Hospital Santa Clara orienta su atención específicamente al nivel terciario y a los casos de alta tecnología. Si se llegasen a presentar casos a nivel primario y secundarios se remitirán a los hospitales locales como Bosa y Centro No. 21 o los centros de salud por eso es difícil establecer el cálculo de la población asignada.

3.5. FACTORES CONDICIONANTES.

3.5.1. Factores Extrasensoriales.

3.5.1.1. Huesped

Susceptibilidad.

3.5.1.2. Medio ambiente.

3.5.1.2.1. Medio ambiente natural.

Es el mismo descrito en la ubicación geográfica de Bogota, Distrito Especial, del capítulo II.

3.5.1.2.2. Medio Ambiente Cultural

3.5.1.2.2.1. Nivel educativo.

Las instituciones educativas de esta regional consta de :

Educación pre-escolar

Educación primaria y secundaria privadas

Educación primaria y secundaria oficial

Educación especial

3.5.1.2.2.1.1. Las Instituciones preescolares son:

Caip Olaya
Jardín Blanca Nieves
Jardín Infantil Petete
Jardín Restrepo
Jardín Infantil Santa Clara
Jardín Caip Alcalá- Muzu.
El Divino Salvador
Caip Pablo de Rarso (Venecia)
Guarderia Jardín El Pibe
Jardín Infantil Moderno
Marco A. Iriarte
Caip Carrusel
Jardín Salomé
Caip Bosa
Jardín Camilito
Jardín Infantil Las Mariposas
Caip Alcalá
Caip Rafel Barberi Cualla
Jardín Infantil Villa del Rio.

3.5.1.2.2.1.2. Primaria y secundaria Privadas y Públicas.

Privadas:

Liceo Pablo Fresly
Colegio Distrital Munera
Colegio Carmelitano
Colegio Cooperativo de Bto. La Fragua.

Colegio de Bto. Nocturno Rafael Pombo
Colegio Distrital Nocturno Guillermo Leon
Colegio Enmanuel
Colegio Jose Acevedo y Gomez
Colegio Manuela Beltran
Colegio Mixto M. Antonio
Colegio Montreal
Colegio Nuestra Señora del Carmen
Colegio Parroquial Sta Cura de ARS
Colegio Santa Catalina
Colegio Simón Rodríguez
Colegio Siani
Instituto Cademen
Instituto Claudio Vericel
Instituto Comercial Carlos E. R.
Instituto Cultural de Bachillerato
Instituto Bot. de la Cultura
Instituto Fernando Galvis
Colegio Adielá Delcon
Colegio Remington Camargo
Colegio Bello Horizonte
Colegio Cooperativo Autopista del Sur
Colegio del Divino Niño
Colegio Distrital Jose Maria Cordoba
Colegio Divina Pastora
Colegio La Esperanza

Colegio Clemencia Caicedo
Colegio Parroquial del Inmaculado Corazon
Coelgio Rosalba de Orjuela
Colegio Santa Cleotilde
Colegio Antonio Ricaurte
Colegio El Libertador
Colegio Inmaculado Corazón de María
Liceo Comercial
Liceo Cultural Americano
Liceo El Niño Jesus
Liceo Los Sauces
Liceo Infantil Santa Clara
Liceo Infantil SantanTeresita
Liceo Alegre Juventud
Liceo San Bernardo
Liceo Tisquesusa
Liceo Cecilia de las Mercedes
Liceo Infantil Sta. Maria
Liceo Juan de Arco
Liceo Venecia
Liceo La Esperanza Gabriel Anzola
Liceo Andino Villa Claudia
Liceo Reynel
Gimnasio San Jose
Gimnasio Tequendama
Intituto El Progresos.

Instituto Virgilio Barco Vargas
Instituto Cooperativo de Bosa
Instituto Clara Rey
Instituto Pedgógico de Bosa
Instituto Nal. Andrés Bello
Instituto Académico Blanco Barreto
Instituto Cultural EDIFA
Instituto San Francisco de Asís
Instituto Aurora Castro
Instituto Jesús Cortes
Instituto Rojas Garrido
Instituto Rosario de Fátima
Instituto San Bernardito
Instituto Isabel Segunda
Instituto Filandia de Nuestra Señora
Colegio Nuestra Señora de Fatima
Colegio Berna
Colegio Parroquial San Jorge
Colegio Santa Elena
Colegio Femenino Boyacá
Colegio Mi Segundo Hogar
Colegio San Rafael
Colegio de las Hermanas de la Paz
Colegio Bravo Paez
Colegio La Presentación
Colegio la Valvanera

Colegio Centenario
Colegio Libertador
Colegio Estados Unidos
Colegio Francisco de Paula Santander
Colegio Juan de Rizo
Colegio La Fragua
Colegio La Biblioteca
Colegio La Sabiduria
Colegio Manuel Murillo Toro
Colegio Pablo Sexto (VI)
Colegio Pio XII
Colegio República de Colombia
Colegio República de México
Colegio República de Panamá
Colegio República de Uruguay
Colegio Mater Admirabilis
Colegio Nuestra Señora de la Paz
Colegio Parroquial Santa Elena
Coelgio Eduardo Santos
Coelgio Santander II
Colegio Monseñor Emilio de Brigard
Colegio Parroquial SantanIsabel
Colegio Cooperativo Venecia
Colegio Nuestra Señora de Fatima
Colegio Nuestra Señora del Rosario
Colegio Nuestra Señora del Carmen
Colegio de Venecia

Públicos:

Escuela Agustín Codazzi
Escuela Carlos Alban Olguín
Escuela Charls de Gaulle
Escuela el Porvenir
Escuela Humberto Venecia
Escuela Juan A. Ambrosio
Escuela La Palestina
Escuela Los Laureles
Escuela Luis H. Porta
Escuela Luis López de Meba
Escuela Nueva Granada
Escuela Pablo
Escuela San Bernardo
Escuela Dagoberto Mejía
Escuela Gonzalo Jiménez de Quesada
Escuela La Amistad
Escuela Fátima Colmotores
Escuela Nuestra Señora de Fatima
Escuela Nuestra Señora del Carmen
Escuela Rockefeller
Escuela Italia
Escuela Ismael Perdomo
Escuela Nuevo Chile
Escuela Alqueria La Fragua
Escuela Sallas

escuela Lyndon B. Johnson
Escuela San José
República de Israel
Sociedad Filantrópica
Nuestra Señora de Nazareth
Nuestra Señora del Pilar
Diego Luis Córdoba
El Remanso
Emilio de Brigard
John F. Kennedy
José Joaquín Castro
La Alqueria
Muzú No. 1
Muzú No. 2
R. de Francis
San Eusebio
Santa Rita
Tairona
Agustin Codazzi
Normal de las Hermanas de la Paz
Gimnasio Cooperativo Javier
Republica de Italia.

3.5.1.2.2.1.3. Instituciones de Educacion Especial
Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)

3.5.1.2.2.2. Estado Sanitario

En general la zona que abarca la regional No. 4 cuenta con buenos servicios sanitarios de agua y alcantarillado. Se exceptúan las zonas marginadas de la regional ya que por ser barrios de invasión carecen de los más elementales servicios. En conclusión entre más alejada este la zona más deficientes son sus servicios sanitarios.

3.5.1.2.2.3. Nivel Socio económico.

La población asignada a ésta regional corresponde a un estrato social medio bajo y bajo. El estrato socio-económico bajo es el que tiene la representación porcentual mas alta dentro de la comunidad. A su vez cuenta con los servicios más deficientes de energía eléctrica, agua y alcantarillado. Además este nivel presenta un tipo de residencia múltiple con los consabidos problemas de asinamiento y desnutrición.

3.5.1.2.2.4. Accesibilidad.

El sector comprendido por ésta regional dispone de un buen numero de empresas y sus rutas abarcan todos los barrios que la componen.

Las Empresas son:

BUSES.

Sidauto S.A.

Universal de Transporte

Buses amarillos y Rojos
Transportes Samper Mendoza
Coceves Ltda.
Transportes Santa Lucía
Transportes Panamericana
Metropolitana de Transportes
Nueva cooperativa de buses Azules
Expreso Bogotano.

3.5.1.2.2.5 Desarrollo Comercial

Hay dos áreas comerciales de gran importancia por los límites correspondientes a esta regional; y son:

Barrio Restrepo: Calle 16 y 20 sur con cra 16 a 20, predominan los almacenes de ropa y calzado

Barrio Ingles: De la calle 26 a la calle 2 a sur, diagonal 40 a la 44. Predominan los almacenes de calzaso, papelería, fofográficos, electrodomesticos, restaurantes, droguerías.

3.5.1.2.2.6 Recoleccion de Basuras: el 20% de los barrios carecen del servicio de recolección de basuras.

3.5.1.2.2.7 Plazas de Mercado.

Las plazas de mercado estan asesoradas por el EDIS y las supervisa el área de saneamiento ambiental de la regional.

Si estas plazas no cumplen con las condiciones sanitarias descritas son selladas por saneamiento ambiental.

3.5.1.2.2.8 Mataderos.

La regional cuenta con dos mataderos donde se sacrifican 1.500 cabezas por día.

3.5.1.2.2.9 Vivienda.

Se encuentran casas de dos plantas, viviendas multifamiliares e inquilinatos.

3.5.1.2.2.10 Alumbrado Público.

La mayoría de barrios que cubren la regional cuentan con estos servicios a excepción de los barrios de invasión.

3.5.1.2.2.11 Servicio Telefónico.

Todos cuentan con estos servicios, aunque son deficientes por el gran número pendientes para líneas.

3.5.1.2.2.12 Control de Drogas.

Lo realizan los inspectores para control de droguerías y poder establecer las licencias de funcionamiento.

3.5.2 Factores Intrasectoriales.

3.5.2.1 Políticas de Salud.

Son las mismas mencionadas en las políticas del servicio nacional de salud.

3.5.2.2 Recursos

3.5.2.2.1 Recursos Humanos.

La regional cuenta con los siguientes recursos humanos:

Coordinadora

Jefe de Unidad Regional

Odontólogo coordinador

Enfermera coordinador
Odontólogo
Médico rural
Químicos
Jefes de saneamiento
Veterinarios
Nutricionistas
Jefe de nutrición
Jefe de administración
Supervisor de Saneamiento
Vigilante Epidemiológico
Asistente de educación en salud
Bioestadística
Secretarias
Revisora
Auxiliares de Administración
Auxiliar analista
Cajero
Auxiliares de enfermería
Analista
Operador de Equipo
Conductores.
Celadores.
Aseo
Inspectores de saneamiento.
3.5.2.2 Recursos Materiales.

El hospital santa clara cuenta con 279 camas distribuidas así

Camas para cuidados intensivos

Camas para neumologia

Camas para cuidados mínimos

Camas para pediatria

Camas para Cirugia

Camas para maternidad

Camas para Psiquiatría

Instrumental de consulta médica:

Fonendoscopio

Tensiómetro

Termómetro

Bajalenguas

Linternas

Aparato de los órganos de los sentidos.

Báscula

Cama de consulta

Metro

Instrumental de consulta odontológica:

Instrumental básico de odontología

Instrumental de Operatoria

Instrumental de Endodencia

Instrumental de Periodoncia

Instrumental de Cirugia

Equipos de rayos X

1 Unidad dental en el hospital

Esterilizados

2 Equipos odontológicos en los centros.

Material Didáctico para prevención

Instrumental de radiologia

Intrumental de Quirófano

Materiales para vacunación

Estufas

Elementos de primeros auxilios

Instrumental para inyectologia

Equipo de oficina y administración.

3.5.2.2.3 Recursos Físicos.

2. Consultorios de médicos.

1 Consultorio odontológico

1 Laboratorio clinico

1 oficina de saneamiento

1 oficina de estadística

1 cuarto de vacunación

Area de hospitalización

Area de urgencias

Area de consulta externa

Area de servicios generales

Area de capilla

3.5.2.2.4 Recursos Financieros.

Para la adecuada asignación de los recursos se hace en base o por medio de:

1. Por medio de actividades
2. Por medio de programas.
3. Por medio de porcentaje de gastos.

3.6 NIVEL DE ESTRUCTURA Y SALUD.

3.6.1 Morbilidad,

Se basa en el análisis de la demanda de hospitalización.

3.6.2 Mortalidad.

Se expresa en tasas, según cuasas y edades y da por medio de causas de defunciones.

3.7 AREAS DE ATENCION

Para una mejor identificación y descripción de los servicios de salud se prestan 3 servicios:

3.7.1 Atención a las personas.

3.7.1.1 Hospitalización.

Este servicio se presta en el hospital sede Santa clara y policlinica de Bosa.

En el santa Clara prestan los servicios de:

Neumologia

Cardiologia

Pediatria General

Siquiatria

Otorrinolaringología

Ortopedia

Oftalmología

Urología

Medicina interna

Cirugía.

3.7.1.2 Consulta Externa Medica:

En el hospital Santa clara se prestan los servicios:

Neumología

Fisiología

Medicina general

Pediatría

Urología

Ginecología

Otorrinolaringología

Ortopedia

Psiquiatría

Cardiología

Psicología

Nutrición

Planificación familiar.

En el hospital policlinico y centros de salud se prestan los mismos servicios teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales.

3.7.1.3. Consulta externa.

3.7.1.3.1 Preventiva:

Se lleva a cabo en la población escolar mediante charlas de educación de salud oral, técnicas de aplicación de fluor, motivación del escolar para su asistencia.

3.7.1.3.2 Asistencial.

Escolares: exodoncia de temporales y permanentes

Operatoria

Medicina general

Obstetricas: Exodoncia

Operatoria

Cirugia oral

Medicina oral.

Otros: Exodoncia

operatoria

Cirugia oral

Medicina oral.

Los recursos profesionales cumplen identicas actividades en el centro de salud y en el hospital comunitario de Bosa. En el hospital sede de este servicio es únicamente para los internos.

Servicios de enfermeria: Control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, detección precoz del cancer y colaboración en consulta medica.

3.7.1.3.3 Urgencias.

El hospital sede Santa Clara no las presta. Estas urgencias

3.7.1.3.4 Control Epidemiológico.

Se hacen investigaciones y seguimientos de casos de enfermedades contagiosas e intoxicaciones, diarreas de origen hídrico. A nivel de hospital santa clara y policlinico de Bosa.

3.7.1.3.5 Preventivo.

Vacunación de TBC y prueba de tuberculina a nivel de hospital sede Santa clara.

En el policlinico de Bosa, centros y puesto de salud se hace todo tipo de vacunación.

Captación de embarazadas para control prenatal (en Bosa y centros de salud).

- Participación de la comunidad
- Inmunización
- Citología
- Planificación familiar
- Promoción de la salud oral

3.7.1.3.6 Programas.

- Modulo de ampliación de cobertura MAC
- Programas de alimentación y nutrición PAN

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

Programa de atención familiar integral PAFI

Busca llevar a cabo programas preventivos a toda la familia,

lo hace por medio de visitas domiciliarias y clasifica según prioridad.

Sus recursos humanos son:

Medico rural: Trabajan 8 horas diarias, consulta médica en todas los campos.

Odontólogo: Hace exodoncias indicadas 8 horas, cuenta con auxiliar de higiene oral.

Enfermeria: Enfermera jefe la cual realiza charlas sobre sanamiento ambiental; concentración de la necesidad de preservar la salud.

3.7.2 Atención al Medio Ambiente.

Servicios de acueducto y alcantarillado, campañas de letrificación.

Control de basuras.

Control de calidad del aire

Control de alimentos

Carnes, alimentos procesados, (verduras), leche.

Control de zoonosis: Vacunación contra la rabia, cisticercosis, fasilopsis, triguinosis.

Actualmente la planta de tibito nutre en un gran porcentaje a Bogotá en un 80-85%.

Para el año 1983 en adelante se están instalando nuevas redes de los ahora barrios pirata, y aproximadamente para dentro de un año y medio se empezará a prestar el servicio del gran proyecto del Chingaza.

3.7.2.1 Recurso Humano del Area de Saneamiento Ambiental

Personal:

Jefe de saneamiento

Ingenieros

Supervisores

Veterinarios

Jefes de Grupo:

Alimento

zoonosis

Ingenieria Sanitaria

Proteccion ambiente

Salud ocupacional

Promotores:

Inspectores para los centros de salud

Inspectores para los mataderos

3.7.2.2 Actividades Finales

En esta área se realizan las actividades de:

Suministro de agua

Salud ocupacional

Higiene locativa

Control de zoonosis

Control de alimentos

Educación de saneamiento

Protección del ambiente.

3.7.3 Estructura administrativa.

Ver cuadro organigrama de la regional.

3.8 Conclusiones del Tercer Capitulo

3.8.1 La unidad regional Sata Clara cuenta con una amplia cobertura por sus variados centros de salud, facilitando así el acceso a la población.

3.8.2 La mayoría de la población cuenta con buenos servicios de acueducto y alcantarillado lo cual ayuda a disminuir la incidencia de enfermedades; teniendo en cuenta que la población que está alejada no cuenta con estos servicios

3.8.3 Es una zona industrializada, con una buena distribución del transporte. También cuenta con buenas instituciones educativas y buenas vías de acceso lo cual hace que la población tenga posibilidad de desarrollo.

3.8.4 Los recursos humanos son suficientes, pues abarcan todas las áreas de atención, al igual que con recursos físicos y materiales básicos indispensables, para dichas áreas de atención, supliendo así cada una de las necesidades de la comunidad.

3.8.5 La atención médica y odontologica es completa abarcando todas las especialidades, existiendo el área preventiva en ambos campos y un control epidemiológico aunque no se dá importancia al área de urgencia en el hospital sede

3.8.6 No se le dá prioridad al binomio madre-hijo ya que es deficiente el servicio materno-infantil siendo este un punto muy importante a tener en cuenta.

3.9 ANALISIS Y CONCLUSIONES SOBRE LA REGIONAL No 4 SANTA CLARA.

Para poder analizar claramente la situación de la regional desglosamos los factores condicionantes que más tienen que ver con el funcionamiento de esta. Sacamos en claro los siguientes apartes:

1. El nivel educativo de la regional esta muy bien representado en las áreas de preescolar, educación primaria y educación secundaria. No cuenta con alguna entidad de educación superior, pero compensando esta falla, encontramos el sena con capacitación a nivel técnico e intermedio, pero desafortunadamente la cobertura que le da a la regional es mínima
2. Los servicios sanitarios en las áreas centrales de la regional son adecuados y presentan las mismas fallas que en otras zonas de Bogotá. Las zonas perifericas de la regional no tienen servicios sanitarios debido a que son barrios piratas.
3. En lo relacionado con la distribución porcentual de la población distribuida por edad, el mayor porcentaje esta en la población de 1 a 14 años; población no productiva, por lo tanto económicamente dependiente. La población así mismo presenta una piramide creciente.
4. En cuanto a las zonas perifericas, representadas por zonas de invasión los problemas son múltiples. Tenemos la fal

ta de servicios, el nacimiento de viviendas, el alto índice de enfermedades infecto contagiosas y zoonosis, los problemas respiratorios por la presencia de chircales sobre los cuales no se ejerce ningún control de contaminación ambiental.

5. La regional presenta un deficit de recursos humanos y material. Esto trae como consecuencia la falla en la prestación del servicio y problemas de mantenimiento.

6. En la actividad final de acción preventiva odontologica los auxiliares de higiene oral no son suficiente para cubrir la demanda de los centros de salud, por lo tanto al no existir esta actividad, la morbilidad esta en aumento.

7. La regional tiene relaciones con otros sectores de la siguiente manera:

A. Extra institucional:

1. Cruz roja

2. Universidades

3. Organización de la comunidad mediante:

- Defensa civil

- Junta de acción comunal

- Alcaldias menores

- Comites de salud

4. Sena

5. Edis

6. Bienestar social del distrito.

7. Instituto de seguros sociales.

B. Inter institucionales;

1. Atención medica

2. Atención odontológica

3. Administrativa

4. Enfermeria

5. Coordinación con el PAFI (1)

6. Bienestar social

7. Corporacion de vivienda popular.

8. Instituto colombiano de bienestar familiar

9. Entidades privadas.

8. La atención materno infantil es deficiente debido a la falta de recursos, ya que el presupuesto de la regional es basicamente para el servicio de neumologia, esto por lo que el hospital santa Clara que era de enfermedades pulmonares, apenas se esta iniciando como hospital general.

9. El ser vicio de urgencias es incipiente, apenas lo es tan implantando. Su eficacia es escasa por la falta de recursos. No alcanza a cubrir la demanda de la regional.

10. De acuerdo con los indicadores del nivel de salud, ana (1) Esta se lleva a cabo solamente en 3 centros de salud y su enfoque esta dado principalmente a las familias marginadas y esta comandado por un medico y un odontologo rural.

lizamos lo siguiente:

a. Morbilidad; La mayor incidencia se presenta en menores de un año y de 1 a 14 años, en enfermedades gastrointestinales debido a la falta de una acción preventiva eficaz y a los factores condicionantes de hacinamiento de viviendas, falta de servicios sanitarios y contaminación ambiental, principalmente.

b. Mortalidad; El mayor porcentaje esta en grupos de menos de un año por neumonias y ancianos por enfermedades cardiovasculares.

3.10 ANALISIS DEL ORGANIGRAMA REGIONAL.

El nivel directivo esta dado por:

1. El director de la regional que es a su vez el director del hospital sede.

2. El coordinador técnico tiene 2 juntas asesoras que son:

a. Junta asesora del hospital regional.

b. Comité técnico del hospital.

3. Existen dos unidades básicas de apoyo:

a. Unidad de vigilancia epidemiológica y laboratorio

b. Unidad de vigilancia y control. Encargado de supervisar todas las actividades del ejercicio profesional.

En el nivel de programación estan establecidas todas las actividades o siguientes secciones:

1. Atención médica; se programa de acuerdo a las necesida

des de la población. Comprende grupos especiales y son:

- Materno infantil
- Programas médicos especiales
- Programas de salud mental
- Programas de salud oral
- Enfermería
- Organización comunitaria.

2. Saneamiento ambiental: Comprende dos grupos

- Medicina
- Veterinaria

A su vez se dividen en sub-grupos y son:

- Alimentos
- Zoonosis
- Ingeniería Sanitaria
- Protección al medio ambiente.

3. Área Administrativa: comprende sub-sistemas que son:

- Información estadística
- Personal
- Servicios generales
- Caja/

El área administrativa, no está identificada con todos los sub-sistemas, debido a que en el servicio de salud de Bogotá, no hay descentralización administrativa de todos ellos los sub-sistemas centralizados son:

- Atención de seguridad social.

- suministros
- Financiero
- Investigación
- Planeación

Los tipos de servicio que se pueden prestar dentro de la comunidad a nivel ambiental son:

- Atención de seguridad social
- Atención de cajas de compensación familiar.
- Servicio privado.

La sección de salud oral se encuentra dentro de la división de atención médica en el área de atención a las personas, su objetivo es prestar servicios de odontología y disminuir la morbilidad de la población asignada. Esta población esta dividida en tres grupos:

1. 5 a 14 años
2. Obstetricias
3. Otros.

Esta atención de salud oral se presta en todos los centros de salud de la regional. A su vez en terminos generales, cada centro de salud cuenta con:

1. Equipo odontologico
2. Odontologos de medio tiempo
1. Auxiliar de consultorio de tiempo completo.

El tiempo disponible y utilizable para programas es de 250 dias/año consultorio, que son los dias habiles utilizables.

Los dias problema, se descuenta para la evaluación y no pa

ra la evaluación y no para la programación.

La actividad final en salud oral debe ser la acción preventiva odontológica y el tratamiento odontológico; pero por la falta de recursos solo se aplica el tratamiento odontológico. Las actividades preventivas se aplican en el hospital regional donde existen 2 higienistas y un odontólogo coordinador que las distribuye a los centros de salud; la escasez de auxiliares de higiene oral, es muy notoria en los centros de salud.

Los pasos para la programación de salud son:

1. Conocimiento del problema (diagnóstico de la situación en salud).
2. Pronóstico.
3. Programación.

El conocimiento del problema se basa en la evaluación de este y se tiene en cuenta lo siguiente:

- a, Identificar que tanto alcanzó a cumplir el desarrollo de salud oral en relación con una programación definida.
- b. Que se cumplió y que no.
- c. Que se desarrolló y que no se pudo desarrollar.

La programación en salud oral se hace basandonos en los siguientes documentos:

1. SIS 161: Evaluación de tratamiento odontológico mensual
2. PAS 131: Comparación entre lo programado y lo desarrollado.

3. PAS 132: Tabla de analisis cuyo objetivo es hacer propuestas de programación.

4. PAS 13: Programación definida.

3.11 RECOMENDACIONES SOBRE LA REGIONAL.

1. Debe existir un control ambiental adecuado que prevenga la aparición de patologías, producto de la contaminación ya que en la regional existen zonas industriales y fabricas en buen número.

2. Al hospital sede se le debe dar mayor énfasis de atención de urgencias debido a su gran demanda.

3. Prestar mayor atención al binomio materno-infantil ya que la mortalidad en menores de 1 año es alto.

4. Aunque muy difícil de llevar a cabo, se podría pensar en la creación de entidades de educación especial, ya que el sena no da la cobertura necesaria para la población regional.

5. Incremento de equipos y horarios para recolección de basuras, evitando así la aparición de enfermedades infecto contagiosas y la utilización de las zonas verdes y lotes como basureros. Además se puede controlar más efectivamente la zoonosis.

6. Capacitación del personal auxiliar de higiene oral ya que la regional, se puede decir que no cuenta con este servicio, con el siguiente perjuicio a la comunidad.

7. Dentro del área de salud oral, dar prioridad a las campañas de prevención a la comunidad por medio de conferen

cias, educación, motivación, y acción individual; ya que hasta ahora lo unico que se hace es la aplicación de fluor en forma masiva.

8. Aumentar el recurso humano en todos los niveles del sistema nacional de salud.

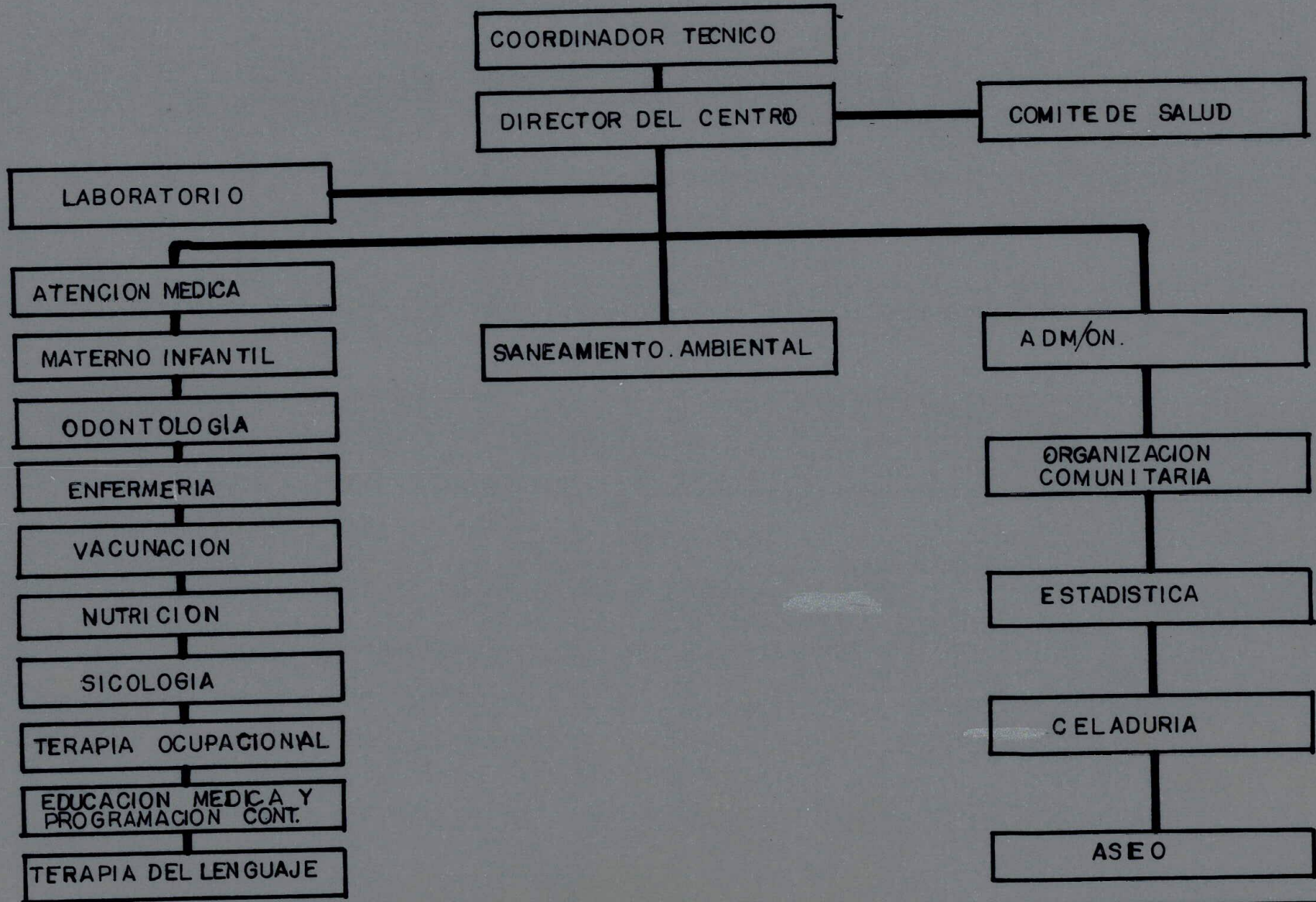
9. Establecer programas efectivos de planificación familiar que cobijen a toda la comunidad, para crear conciencia de la necesidad de esta.

10. Llevar el PAFI a todos los centros de salud de la regional, haciendo énfasis en la población más necesitada, para que cumpla con el fin para el que fue creado.

11. Interceder ante el gobierno nacional, para que las zonas marginadas de la regional, sean beneficiadas con los programas de vivienda sin cuota inicial.

12. Divulgar entre la población en edad universitarias los programas de universidades a distancia, para facilitar el acceso a la educación superior.

ORGANIGRAMA DEL CENTRO DE SALUD N°1



4. PRESENTACION DEL CENTRO DE SALUD No. 1 OLAYA

Antes de hablar específicamente del centro haremos un bosquejo de la zona a que corresponde el Centro de Salud No. 1.

4.1.1. LIMITES

El área programática que corresponde al Barrio Olaya se encuentra localizada al sur oriente de la ciudad de Bogotá. Sus límites son:

De norte a sur: Calle 22 Sur (Avenida Primero de Mayo) hasta la calle 27 Sur.

De oriente a occidente: Carrera 14 (Avenida Caracas) hasta la carrera 21.

4.1.2. VIAS DE ACCESO

Principales: Avenida Primero de Mayo

Carrera 19 (Avenida)

Calle 22 Sur

Carrera 14 (Avenida Caracas)

Secundarias: Carreras 17, 18, 19, 20 y 21

Calles 24, 26 y 26A Sur.

Transporte: Buses Amarillo y Rojo (Olaya-Quiroga) y del Expreso Bogotano.

4.1.3. DIVISION POLITICA

La Alcaldía Menor que corresponde al Barrio Olaya es la Rafael Uribe Uribe y cobija 33 barrios.

4.1.4. DESCRIPCION SOCIO-ECONOMICA

Estrato socioeconómico : Medio bajo, que corresponde al estrato No. 3.

Nivel de vida según:

-Situación de salud

-Nivel cultural

-Capacidad de producción

-Capacidad de adquisición de bienes y servicios.

4.1.5. VIVIENDA

El crecimiento masivo de la población en los últimos años ha traído como consecuencia lógica deficiencia en la vivienda, ocasionando hacinamiento, problemas sanitarios y gran cantidad de viviendas tipo inquilinatos loca

lizados en la zona central del barrio.

Las viviendas son edificadas a voluntad de sus propietarios no existiendo uniformidad en las edificaciones ni en los estilos, se encuentran combinadas con el comercio y no existe el debido control de higiene para la conservación de los establecimientos.

4.1.6. EMPLEO Y PRODUCCION

Se encuentran en la zona programática actividades industriales, manufactureras y de construcción. En la zona existe un porcentaje mínimo de habitantes económicamente activos.

4.1.7. LOCALIZACION

El centro se encuentra localizado en la carrera 21 No. 22-57 Sur y pertenece a la Regional No. 4 -Santa Clara-.

El centro es de carácter oficial y se encuentra adscrito al Servicio Nacional de Salud.

Barrios a los cuales brinda sus servicios:

-Olaya

-Libertador

-La Fragua

- La Fragüita
- San Antonio
- San Jorge
- Santander
- Santiago Pérez
- Santander Sur
- Restrepo central y occidental.

4.1.8. OBJETIVOS GENERALES

- Prestar una atención integral a la comunidad
- Reducir la morbilidad y mortalidad oral en la población por medio del fomento, la protección y la recuperación.
- Crear programas en la atención escolar y materno-infantil.

4.1.8.1. POLITICOS

- Servicio gratuito
- Que toda la comunidad tenga acceso al servicio.
- Prestar un nivel primario de atención.

Como nuestro estudio tiene un fin específico y es el de encauzar toda nuestra atención y conocimientos al programa de salud oral. Encaminaremos nuestro estudio a este propósito y haremos una identificación y descripción del programa de salud oral en el centro.

4.2. RECURSOS

4.2.1. Recursos humanos

- Dos odontólogos generales
- Un auxiliar de odontología.

No existe recurso humano especializado para la prestación de servicio de prevención en lo que a salud oral se refiere; el único servicio con que el centro cuenta es la colaboración desinteresada de una auxiliar de odontología quien en forma aislada hace charlas de motivación a los pacientes que acuden al centro, especialmente a los niños.

4.2.2. Recursos físicos

- Un consultorio odontológico de 5 x 5 mts., que se encuentra en no muy buen estado. La distribución es inadecuada, no cuenta ni con los muebles y enseres mínimos para la ubicación adecuada de elementos de uso indispensable, ya que los que tiene están en condiciones deplorables.
- Equipo e instrumental: Una unidad odontológica con sillón y esterilizador. No cuenta con equipo de rayos X.
- Instrumental:
 - .Espejo
 - .Explorador
 - .Pinzas algodonerías

- .Forceps
- .Elevadores
- .Bisturi
- .Lima para hueso
- .Pinza mosquito
- .Porta agujas
- .Instrumental de operatoria.

4.2.3. Recursos materiales

- .Algodón en rama
- .Gazas
- .Hemostático
- .Fosfato de zinc
- .Limadura y mercurio
- .Cementos de silicato
- .Resina
- .Eugenol.

Los recursos se reciben cada tres meses pero en forma irregular.

4.2.4. Recursos financieros

Son insuficientes para dar la atención específica por su sub-utilización y por su mal manejo.

Niveles y estructura de salud: Las patologías a ocupar más la atención que se brinda son:

- .Caries
- .Enfermedad pulpar
- .Enfermedad periodontal
- .Cáncer.

4.3. FACTORES CONDICIONANTES DE LAS PATOLOGIAS ORALES

4.3.1. Caries

Factores extrasectoriales

- Educación: La falta de motivación y de programas en cuanto a salud oral se refiere hacen que la prestación de servicios se haga en una forma tardía, es decir, cuando la enfermedad ha dejado en la comunidad secuelas irreparables; la población llega al servicio odontológico diagnosticándose y exigiendo como tratamiento exodoncias sin tener en cuenta otros tratamientos que se pueden realizar.

- Nutrición: Como la comunidad carece de información en lo que a ello respecta su consumo alimenticio se concentra carbohidratos y alimentos que carecen de fuentes vitamínicas especialmente en calcio y fósforo; a los niños se les priva de la lactancia, no consumen alimentos que por su naturaleza favorecen la autoclisis, por lo contrario consumen los que hacen desarrollar en forma acelerada la placa dental.

-Higiene: La técnica de un buen cepillado es casi por regla general desconocida para la comunidad. Existe un alarmante problema que es el que no se respeta la individualidad en el uso del cepillo dental, siendo este utilizado (uno solo) para todos los miembros de la familia, favoreciendo así el desarrollo de colonias bacterianas y posteriores enfermedades transmisibles orales.

-Edad: Es la población escolar la más atacada en lo que a caries respecta por falta de una debida orientación por parte de sus maestros y padres.

-Medio ambiente: La población del sector de estudio no cuenta con un debido alcantarillado y acueducto favoreciendo esto que la comunidad consuma aguas contaminadas.

-Medio cultural: La necesidad inmediata de atención por parte de la población hace que esta acuda a solicitar servicios a los empíricos, que carecen de conocimiento ético para solucionar los problemas y se limitan a usar técnicas y materiales inadecuados que según la población son a menor costo, sin conocer los graves problemas que en el futuro trae tal condición.

Factores intrasectoriales

-Area física inadecuada e insuficiente para la prestación de servicios.

- Falta de información y difusión del servicio.
- Demora en la atención.
- Baja calidad de las atenciones.

Recursos humanos

El recurso es insuficiente y subutilizado, no existen programas de prevención y salud oral, únicamente se atienden las técnicas curativas y se desconocen las preventivas.

4.3.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

- Educación: La falta de información de la comunidad hace que acuda a solicitar este servicio de atención únicamente cuando está en estado avanzado y caótico.
- Nutrición dieta : La ingestión de alimentos blandos y carentes de proteínas hace que aparezcan lesiones en su mayoría por el empaquetamiento de comida.
- Higiene: La carencia de información al respecto hace que la población no tenga la debida higiene ni haga por lo tanto un control adecuado de su placa dental, produciendo esta el primer eslabón para la enfermedad periodontal.
- Edad: En el grupo de obstétricas y otros es donde en

forma alarmante encontramos lesiones que en algunos casos su único tratamiento es la cirugía periodontal. Todo este grave problema radica en la ignorancia por parte de la población.

-Medio ambiente: Como casi todos los barrios de este sector sus servicios públicos son deficientes, lo que ocasiona que la población consuma aguas prácticamente contaminadas.

Factores intrasectoriales

-Area física: No existe ningún tipo de información ni educación específica al respecto, lo cual hace que el desconocimiento del problema haga que este pase desapercibido.

-Recursos humanos: No cuenta el centro con ningún tipo de personal capacitado para proporcionar información al respecto y el odontólogo presta únicamente servicio en atención primaria.

4.4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

4.4.1. Primeras causas de mortalidad	H	M	T
1. Infecciones por salmonella	0	1	1
2. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	8	2	10

	H	M	T
3. TBC y enfermedades del aparato respiratorio	2	0	2
4. Otras -TBC excluye efectos tardíos	0	1	1
5. Septicemia	0	1	1
6. Sarampión	1	0	1
7. Otras viroxicas	0	1	1
8. Tumor maligno del esófago	1	2	3
9. Tumor maligno del estómago	13	9	22
10. Tumor maligno del colon	0	2	2
11. " " de la porción recto-sigmoide y ano	1	0	1
12. " " de la tráquea, bronquios y pulmones	3	1	4
13. " " de la piel	1	0	1
14. " " de la mama -mujer	0	5	5
15. " " de la laringe	1	0	1

4.6. ANALISIS Y CONCLUSIONES

1. La población del sector es en general de bajo nivel cultural, sus conocimientos escalones son primarios.
2. La falta de programas específicos hace que la población no acuda al centro en momentos oportunos, solamente acuden cuando hay un estado avanzado en la enfermedad.
3. El desconocimiento absoluto de la importancia tanto de la dentición primaria como de la permanente hace que acudan al servicio casi imponiéndole al profesional que haga la exodoncia.
4. Encontramos que en el grupo etéreo de 5 a 14 años la enfermedad de más incidencia es la caries dental. En el grupo de obstétricas es la enfermedad periodontal, pérdida prematura de dientes y por consiguiente la maloclusión.
5. La falta de cultura y desconocimiento hace que la población acuda a solicitar servicio a empíricos que muchas veces interfieren en la salud oral.
6. La transferencia de padres a hijos del miedo al odontólogo hace que no acudan a solicitar el servicio.

7. La falta de recursos económicos disponibles hace que la población no acuda a solicitar servicio oportuno.

4.7. RECOMENDACIONES

1. Establecer un modelo decorativo para el consultorio, para que este se encuentre agradable para la comunidad.
2. Establecer una mayor cobertura de población para que el número de pacientes atendidos aumente.
3. Aumentar los recursos materiales tanto de instrumental como de suministros para que el servicio sea de mayor calidad para la población que demanda atención.
4. Colocar el recipiente de desechos en un lugar diferente del área de atención para que la higiene sea la adecuada y requerida.
5. Programar la adquisición de un aparato de rayos X para que los tratamientos de las patologías pulpares puedan realizarse adecuadamente.

CAPITULO VII

PROPUESTAS DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL 1983

7. PROPUESTAS DEL PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL

1.983

7.1. OBJETIVOS

1. Lograr el mayor rendimiento de los instrumentos.
2. Poder cubrir totalmente la población asignada.
3. Identificar, distribuir, ubicar y utilizar en forma racional todos los recursos tanto humanos como materiales y físicos.
4. Determinar grupos de edad según prioridades dándole más énfasis a los escolares (5 a 14 años) y obstétricas de 15 a 44 años.
5. Establecer buenos canales de distribución oportuna para los suministros.
6. Darle énfasis no sólo al tratamiento odontológico como se ha venido haciendo, sino también a la acción preventiva y la motivación de la comunidad.
7. Mejorar las interrelaciones médico-odontólogo para unificar criterios, ya que la salud general no puede existir si no hay salud oral.
8. Estimular al odontólogo y a la vez que este tome con

ciencia de la necesidad de aplicar el máximo de sus conocimientos para prestar una mejor atención a los pacientes.

9. Crear conciencia de la gran importancia de la salud oral en la comunidad.
10. Prestar atención odontológica oportuna, integral y permanente, a bajos costos.
11. De acuerdo a los recursos económicos establecer y promover una dieta con aportes nutricionales adecuados para el medio, además del sistema PAN y DRI.
12. Promover y desarrollar programas de capacitación para el personal auxiliar y de actualización para el profesional.

7.2. NORMAS

En el programa de salud oral las normas establecidas se pueden agrupar para los diferentes modelos de organización.

A nivel nacional, sobre el programa de salud oral existen las siguientes normas:

1. Se han establecido prioridades en cuanto a grupos de edad debido a que el escolar debe recibir el máximo de atención odontológica. La segunda prioridad representada por pacientes obstétricos cuyas edades oscilan entre 15 y 44 años, teniendo en cuenta que indirectamente se está protegiendo al niño que va a na

cer. La tercera prioridad está formada por un grupo de personas que teóricamente no se encuentran en los dos grupos anteriores.

2. Otra de las normas preestablecidas que existe es la manera como se va a prestar la atención odontológica. El tipo de tratamiento debe estar encaminado a una atención integral, esto quiere decir que el paciente debe recibir tratamiento de todas las patologías orales que presente.
3. Otra de las normas es la continuidad del tratamiento odontológico. Esto se estableció con el fin de lograr el máximo de tratamientos terminados en relación con los iniciados.
4. También se normalizó acerca del aprovechamiento de la sección, con el fin de lograr rendimiento de los recursos para brindarle al paciente una atención más rápida, mejorando la calidad técnico-científica.
5. Otra de las normas está encaminada a lograr el mayor porcentaje de cubrimiento al grupo de edad de escolares, prestándole atención tanto en actividad final de tratamiento odontológico como en la acción preventiva odontológica.

6. Existe en el sistema nacional de salud una serie de subsistemas cuyo objetivo es lograr una coordinación y unificación de todos los niveles, áreas y programas de asistencia. Son los siguientes:

Subsistema

De personal

" suministros

Financiero o de inversión

De información

" planeación

" investigación

" mantenimiento

7. El odontólogo debe cumplir a nivel operativo con una serie de horas hábiles de trabajo, estando en obligación de prestar sus conocimientos aprovechando los recursos existentes, para prestar atención a cualquier tipo de personas que demanden los servicios. El tiempo laboral establecido es de ocho horas diarias, equivale a 2.000 anuales por 250 días del año.
8. En el programa de salud oral se estableció la siguiente norma de actividad final:
- Tratamiento odontológico
 - Acción preventiva odontológica.

7.3. RECURSOS

Recursos humanos: El Centro de Salud No. 1 Olaya cuenta con los siguientes recursos humanos para el programa de salud oral:

- Dos odontólogos de medio tiempo cada uno para un total de ocho horas.
- Una auxiliar de consultorio de tiempo completo.

Recursos físicos: El centro cuenta con un consultorio odontológico dotado con los siguientes servicios:

- Unidad odontológica
- Instrumental para tratamiento de operatoria y cirugía básica y esterilizada.

Recursos financieros: Se derivan del situado fiscal de licores, juegos, loterías y de aportes del Fondo Hospitalario, la regional le distribuye el presupuesto.

7.4. SISTEMAS DE ATENCION

El sistema de atención es a dos manos, el odontólogo es ayudado por la auxiliar del consultorio que es la encargada de preparar los materiales y recibir a los pacientes. Dentro del sistema de atención en odontología se presentan dos actividades finales que son:

- Tratamiento odontológico

-Acción preventiva odontológica.

En cuanto a esta última, se realiza por medio de charlas de motivación, educación, enseñanza de cepillado y control de placa, pero su actividad es muy inconstante por la falta de auxiliar de higiene oral.

7.5. RELACIONES INTERNIVELES

La relación de los niveles operativos se realiza en una forma lineal ascendente, así:

A nivel local se atiende la patología de poca complejidad, siendo este donde se presenta la mayor demanda de servicios. La patología de mediana complejidad que no puede ser atendida en este nivel es remitida a la regional por medio de una hoja de remisión que es llevada por el paciente donde es atendido por especialistas en todas las áreas de salud oral (Hospital Santa Clara).

7.6. RELACIONES INTERINSTITUCIONALES

La relación existente entre los programas de atención al medio y atención a las personas se realiza en forma des coordinada, existiendo mayor comunicación entre los programas médico-odontológicos.

7.7. RELACIONES SECTORIALES

El sector salud se relaciona con diferentes sectores, tales como:

Educación

Este organismo debe encargarse de educar a la población no sólo intelectualmente sino también a saber utilizar los servicios que el Estado le brinda con el fin de elevar el nivel de salud de ellos mismos.

Vivienda

La organización estatal encargada de proveer vivienda es el Instituto de Crédito Territorial quien debe colaborar con el sector salud ofreciendo medios de habitación económicos, higiénicos y confortables, con el fin de mejorar el nivel de vida de la comunidad, haciendo que sea menos susceptible a sufrir determinadas patologías.

Política

Las diferentes corrientes políticas entorpecen la labor de los organismos del Estado para beneficio de sus ideales, sin tener en cuenta a la población.

Religión

Teniendo en cuenta la ascendencia que tiene esta sobre la mayoría de la población, se debería utilizar con el

fin de educar a las personas en lo referente a planificación familiar con el objetivo de que cada familia tenga los hijos que económicamente pueda sostener; además motivar a la comunidad a mantener una buena higiene, evitar el ocio y aumentar y saber utilizar sus ingresos.

Economía

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público distribuye los recursos económicos a las demás instituciones estatales. Ya que el sector salud cobija a la mayoría de la población que no está inscrita en ningún servicio privado o de seguridad social, debería aportarse los suficientes recursos económicos para que este se organice y pueda abarcar en lo posible el máximo de esta.

Trabajo

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social debe vigilar que los trabajadores del sector privado no sean explotados en su horario de trabajo, remuneración y que les sean prestados los servicios de salud necesarios, tanto a estos como a sus familiares. Las entidades que prestan los servicios de salud al sector privado son: el Instituto de Seguros Sociales -ISS- y las cajas de compensación familiar, las cuales son controladas en su funcionamiento, aunque estas al no ser subsidiadas por el Estado no prestan la calidad y cantidad de servicios que necesita la población.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

El ICBF es una institución descentralizada, por medio de la cual el Estado utilizando campañas de salud enseña a la comunidad. Trabajan en estas PAN, PAPAMI, PHO y PAFI, quienes utilizan sus propios recursos y los que les suministra el Estado.

El ICBF presta además servicios de asesoría en derecho de familia, canónico, protección a la niñez desamparada, planificación familiar, etc.

CAPITULO VIII
PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL
LOCAL

8. PROGRAMA DE SALUD ORAL A NIVEL LOCAL.

En base al análisis realizado en el centro salud olaya realizaremos un plan de acuerdo al conocimiento de salud oral de este.

Buscamos programar una concentración adecuada, utilizar los recursos disponibles al máximo, logrando un mayor porcentaje. Hemos de tener en cuenta la calidad de los tratamientos terminados e iniciados. Prioridad de atención de acuerdo a grupos de edad y patologías que se presenten con mayor frecuencia.

Este programa oral de salud es realizado por el odontólogo y dado a conocer al personal médico, paramédico y de apoyo con el objeto de que las actividades, objetivos, políticas etc. sean vistas de una manera global e integral, para lograr unas metas deseadas.

OBJETIVOS GENERALES.

1. Educar a la comunidad dándole especial importancia a la parte preventiva de tal manera la parte curativa disminuye en atención.

- EJECUCION DE PROGAMACION 1982
- TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

P.A.S. 1.31
 1981

EADAES	poblacion asignada	SESIONES DE 1ª VEZ			COBERTURA		TRATAMIENTOS							CONCENTR.		DISTRIBUCION % DEL INSTRUMENTO
		ps	rs	%c	ps	OBSER- VADA	INICIADOS			TERMINADOS			CONTI- NUIDAD (%)	ps	OBSER- VADA	
							ps	rs	(%)c	ps	rs	(%)c				
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	
5-14 ANOS	32 404	750	877	116,93	3,34	3,91	1050	1221	116,28	735	8295	112,78	67,9	1,4	1,39	71,8
15-44 ANOS obstetricas	3736	138	81	58,69	3,69	2,16	180	115	63,88	141	102	72,34	88,31	1,3	1,42	7,6
OTROS	89697	270	336	124,44	0,30	0,37	270	379	140,37	122	2085	170,49	54,94	1	1,12	20,6
TOTAL	115837	1158	1294	111,74	0,99	1,11	1500	1716	114,4	998	1140	114,22	66,4	1,29	1,32	100

INFORMACION GENERAL			
O	Nº DE AUXILIARES DE ODONTOLOGIA EN SERVICIO	1	
R	Nº DE ODONTOLOGOS EN SERVICIO	2	
S	DIAS CONSULTORIOS	NECESARIOS	5792
		DISPONIBLES	250
		CONTRATADOS	212
V	RENDIMIENTO	PROGRAMADO	81
		OBSERVADO	809
Y	ADECUACION DE VOLUMEN	431	%
Z	CAPACIDAD DE CONTRATACION	11792	
Z	DIAS AUXILIAR CONTRATADAS	250	
Z	ADECUACION AUX. CONSULTORIO	100	%

CONVENCIONES	
ps	PROGRAMADOS
rs	REALIZADOS
%c	CUMPLIMIENTO

- SERVICIO SECCIONAL DE BOGOTA
 - UNIDAD REGIONAL STA CLARA
 - UNIDAD LOCAL OLAYA HERRERA
 - ORGANISMO CENTRO DE SALUD

2. Darle énfasis al grupo de edad de escolares por ser éste el de mayor susceptibilidad y representar el povenir de la comunidad.

3. Ampliar y mejorar la salud integral de la comunidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Crear hábitos de prevención mediante el control de placa, la técnica de cepillando y conferencias de higiene general.

2. Cuantificar y cualificar los recursos humanos físicos, Para satisfacer tanto en calidad como en cantidad para satisfacer la demanda de atención oral en la comunidad.

3. Distribuir el tiempo disponible del profesional de tal manera que con ellos se logre un mejor cobertura, concentración del tratamiento.

PROGRAMACION ESPECIFICA.

1. Analisis de la tabla de evaluación PAS 131 durante el año de 1.982, de los 250 días/consultorio, fueron utilizados 212 días/consultorio, viéndose un aumento en relación al año de 1.981 que fue de 152 días/ consultorio, por lo tanto se vio un incremento de 60 días/ consultorio, de un año al otro.

1. Con respecto a sesiones de la vez de una población asignada para cada grupo de edad y de acuerdo a lo programado

y a lo observado, obtuvimos los siguientes resultados.

EDAD	POBLACION ASIONADA	PROGRAMADA	REALIZADA
5-14 años	22.404	750	877
Obstetricias	3.736	138	81
Otros	81.697	270	336
Total	115.837	1.294 1158	111 1294

En base a estos resultados, podemos analizar lo siguiente

a. En los grupos de edad de 5 a 14 y de otros se aumento el número de sesiones de la vez realizadas en relación a las programadas. En el grupo de obstetricias, encontramos lo contrario, o sea que el número de sesiones de primera vez realizadas, estuvo por debajo de lo programado.

b. No se cumplió la programación, en el sentido que se realizó más de lo programado. Concluimos que esto se pudo deber a una o dos cosas: o que se programó muy bajo o que se trabajó con muy buen rendimiento.

c. En la programación se le esta dando mayor tratamiento a los dos grupos de edad prioritarios. A nuestro juicio los porcentajes de cobertura demuestran que fueron bien distribuidos y estan cumpliendo nuestro proposito.

2. En relación a cobertura observamos que está es mayor en el grupo de 5 a 14 años, siguiendole obstetricas y por último otros, lo cual nos indica que el centro de salud esta programado la cobertura según las prioridades establecidas por el sistema nacional de salud.

TABLA DE ANALISIS

PAS-132
1982

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

1982

servicio seccional de salud de Bogota
 unidad regional Sta. Clara
 " localde: Ohaya Herrera
 organismo Ctro. de salud N°1

EDAD	PERSONAS ATENDIDAS		COBERTURA		RENDIMIENTO		CONTINUIDAD		CONCENTRACION		DISTRIBUCION PORCENTUAL DE INSTRUMENTOS	
	ob	p	ob	p	ob	p	ob	p	ob	p	ob	p
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
5-14 años	877,5	900	3,91	4,01	X		67,93	69	1,39	1,4	71,8	72,2
15-44 años obstetricas	81	150	2,16	4,01			88,31	89	1,42	1,3	7,6	15
otros	33 6	300	0,37	0,33			54,94	56	1,12	1	20,6	13
TOTAL	1294,5	1350	1,11	1,16	8	85	66,43	71,3	1,32	1,23	100	% 100 %

convenciones

ob observado
 p propuesta

3. La continuidad fue muy buena con respecto a obstetricia en 5 a 14 años; mientras que la de otros fue mala y por lo tanto necesita un incremento para aumentarla. Sugerimos que este se podría hacer por medio de motivación a la comunidad

4. La concentración a nuestro juicio se cumplió con variaciones minimas que consideramos no causan alteración en la programación.

5. Distribución del instrumento, se ve claramente que se le esta dedicando el mayor tiempo al grupo de maxima prioridad mientras que a obstetricas se le aplica el más bajo, favoreciendo al grupo de otros. Esto puede ser debido a que la población asignada a otros es muy alta, mientras que la de obstetricias es baja, porque si nos remitimos a cobertura encontramos lo inverso por lo tanto creemos que la distribución porcentual del instrumento es correcta.

II. ANALISIS DE LA TABLA DE EVALUACION PAS 1.3.2

Se va a incrementar la continuidad y la distribución del instrumento teniendo en cuenta que vamos a disponer de más dias/consultorio, contratados (212) que el año anterior (152).

Se van a atender más personas en los grupos de 5 a 14 años y en obstetricas; a este segundo grupo se le aumenta más la cobertura ya que tuvieron una continuidad muy buena, al grupo 5 a 14 se le varia ligeramente la cobertura teniendo en cuenta que su continuidad estuvo dentro de límites buenos

PROGRAMACION

PAS 13
1982

TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

1.982

servicio seccional de salud Bogotá
 unidad regional de Sta Clara
 " local de Olaya Herrera
 organismo: Centro de salud N° 1

EDADES	población total	Responsabilidad asignada		FACTIBILIDAD TECNICO FINANCIERA				
		población asignada	instrumen. necesarios	CUANTIFICACION			Poblacion a atender	cobertura
				instrumen. disponibles	tratamien. iniciados	tratamien. terminados		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
5 14 AÑOS	32006	22404	1120	175	1050	735	750	3,34
15 44 AÑOS OBSTETRICAS	3736	3736	187	30	180	141	138	3,69
OTROS	128142	89697	4485	45	270	122	270	0,30
TOTAL	163884	115837	5792	250	1500	998	1158	0,99

PAS-1.3
1983

PROGRAMACION
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
1.983

E DA DES	población total	RESPONSABILIDAD ASIGNADA		FACTIBILIDAD TECNICO FINANCIERA				
		población asignada	instrum. necesarios	CUANTIFICACION			población a atender	cobertura
				instrum. disponibles	tratamien. iniciados	tratamien. terminados		
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
5 14 AÑOS	32086	22460	1123	175	1487	1026	1062	4,7
15 44 AÑOS	3745	2621	131	38	323	287	248	9,4
OTROS	128462	89923	4496	37	315	176	315	0,3
TOTAL	164293	115005	5750	250	2125	1489	1625	1,4

Al grupo de otros se le disminuye su cobertura ya que su continuidad porcentual es baja. Igualmente se hizo con la distribución porcentual del instrumento se le disminuyó al grupo de otros en beneficio del grupo de obstetricias como es timulo a su continuidad, El rendimiento también se incremento ya que se vió en el PAS 131 que lo realizado estuvo por encima de lo programado.

III. ANALISIS DE LA TABLA DE EVALUACION PAS 1.3

Al buscar un incremento en la programación de la atención tuvimos en cuenta el aumento de dias/consultorio, de 212 a 250 dias/consultorio.

Tomando el grupo de mayor prioridad (5 a 14 años) vemos que de acuerdo ala factibilidad lectico financiera se logra incrementar la continuidad, lo que nos lleva a un punto importante que es terminar tratamientos iniciados y motivación a la comunidad.

Basandose en las normas del sistema nacional de salud que nos dice que el grupo de edad prioritario es el de 5 a 14, En este se dejaron propuestas altas y en los otros grupos se dejaron propuestas con incrementos acordes con los resultados del año anterior.

Para cumplir lo programado hay que tener en cuenta que los recursos materiales lleguen a tiempo; se tenga un manteni

miento adecuado. se ha a un buen manejo del instrumento para que haya un mejor rendimiento, se adiestre correctamente y adecuadamente al personal para que cumplan correctamente sus actividades asignadas.

CAPITULO IX
IMPLANTACION DE LA EJECUCION

9. IMPLANTACION DE LA EJECUCION.

A. TIPO DE RECURSOS.

Humano.

Aumentar el personal profesional auxiliar, creando un cargo auxiliar de higiene oral con el fin de cumplir los propósitos de prevención citados en el modelo de cambio.

Financiero.

La partida presupuestal destinada para el centro deberá aumentarse, para cubrir más la demanda de la comunidad ya que la población infantil es la mayor número y presenta mayor prioridad.

Fisico.

El centro cuenta con un consultorio odontológico, el cual cuenta con una unidad e instrumental para los siguientes tratamientos: Operatoria, cirugía básica y además esterilizados.

Normas.

El personal cumplira un horario de horas 8 ordinarias las

que seran continuas desde las 8 a.m. hasta las 4 p.m.

El auxiliar deber solicitar con visto bueno del odontologo, al director del centro vacaciones, licencias y permisos.

El odontologo lo solicitara directamente al director todos los permisos con una anterioridad de 45 días.

El odontologo recibe instrumental y el equipo de consultorio con el inventario respectivo, y para hacerse responsable de este, A su vez debe diligenciar un Kardes de elementos de consumo para que al final de cada trimestre evalúe que necesita de materiales que parten del equipo necesita mantenimiento, que debe devolverse por obsolescencia o mala calidad.

El grupo de edad de escolares se atenderá diariamente con el mayor número de citas y empleando el menor tiempo posible . A obstetricias se les dedicará un dia a la semana lo mismo que al grupo de otros teniendo en cuenta el instrumento programado.

Las urgencias estaran atendididad dentro de la programación.

Deben tenerse en cuenta la relación interprofesional (medi co-odontologo), las relaciones profesiones auxiliar, y las relaciones profesional-auxiliar-paciente, esto con el fin de lograr un tratamiento integrado y en consecuencia hacerlo más eficiente incluyendo por tanto la calidad y rendimiento de estos.

CAPITULO X

EVALUACION

10. EVALUACION

A. IDENTIFICACION PAS 1.31:

Identifica el primer paso para el pronostico y programa la evolución del desarrollo de las actividades finales en el programa de salud oral.

B. OBJETIVOS PAS 1.3.1

1. Identifica la población asignada distribuida por grupos de edad.
2. Identifica sesiones de lra vez o pacientes de lra vez en tratamiento odontologico.
3. Atributo de la actividad o cobertura incluye cobertura programada y realizada.
4. Actividades fiscales.
 - a. Tratamientos iniciados.
 - b. Tratamientos terminados
5. Continuidad que relaciona el desarrollo del programa con el tratamiento.
6. Concentración programado y observada, incluye una información general que nos da recurso humano, instrumento y rendimiento.
7. Información general.

8. Información financiera.

La programación fue elaborada en forma realista cuyo contenido y veracidad esta dado por 1 investigación a nivel local y con criterio de eficiencia buscando utilizar en forma racional y total, los recursos existentes, teniendo el instrumentos día consultorio.

Esta evaluación debe realizarse en base a un año despues que el programa haya sido puesto en funciones, teniendo en cuenta la utilización de recursos programados y metas de actividades.

Evaluacion en base a:

- Eficiencia del programa según costo por actividad y beneficio.
- Que el programa de salud oral sea accesible y aceptado por la comunidad.
- Incrementar personal tanto auxiliar como profesional.
- Capacitación del recurso humano tanto auxiliar como profesionales.
- Controlando las actividades para hallar l organización en el centro de salud No 1.

CAPITULO XI
CONCLUSIONES

11. CONCLUSIONES

1. El modelo del sistema nacional de salud como organización en el escritorio y el papel es un ejemplo para los servicios de salud de cualquier país. Pero desgraciadamente llevado a la práctica no cumple en su mayor parte, prestando un servicio deficiente de salud oral por la serie de limitantes que se tiene.
2. En cuanto al servicio seccional podriamos decir que es relativamente bueno en su organización pero por la gran demanda de servicios de odontología no cubre en forma total la población asignada.
3. El nivel de salud economicamente depende en gran parte de impuestos de licores y cigarrillos consumidos por la comunidad. Siendo esto contradictorio ya que el nivel de salud por lo que lucha en lo escrito, es proque la población goce de buena salud y esta clase de elementos lo que hacen es deteriorarlo;
4. La gran migración de las personas de los campos a las ciudades da como resultado un gran aumento de la población en los diferentes servicios del nivel no habiendo recursos suficientes para todos que da como consecuencia el deterioro de

la prestación de una buena atención a la población.

5. A nivel de centros de salud muchas veces el personal tanto profesional como auxiliar no conocen gran parte del programa de salud lo cual conlleva a un desequilibrio o disminución del servicio a la comunidad.

6. En cuanto a la parte física, notamos una gran incomodidad del area clinica dificultandose la buena labor del profesional odontológico.

RECOMENDACIONES GENERALES.

1. El personal directivo debería ser especializado en salud pública, ya que ellos si conocen las verdaderas necesidades de la comunidad y pueden buscar soluciones reales a corto-plazo.

También tener un sistema de criterios definidos y no dejarse presionar por los sectores políticos, ya que ellos unicamente buscan ayudar a un grupo específico de la comunidad.

2. El ministerio de salud, debería incorporar al personal estudiantil de los últimos semestres a colaborar en campañas de salud, para que tengan contactos directos con las diferentes necesidades y así concientizar al futuro profesional para que trabaje ayudando a la comunidad en programas preventivos y curativos y deje de pensar un poco en la parte económica.

3. El ministerio de salud debería hacer convenios con instituciones como el Sena para capacitar personal auxiliar y tecnico con el fin de ayudar a prestar eficientes servicios a la población.

En un futuro este personal más especializado podría integrar unidades paramédicas, prestando los primeros auxilios mientras son llevados a las instituciones especializadas.

4. Otra sugerencia sería cursos de actualización para el personal profesional ya que día a día esta avanzando la ciencia y la técnica y a su vez, dotar a las diferentes instituciones de los últimos equipos médicos y odontológicos que requieren dicho avance.

5. Incrementar especialistas a nivel local, como: Odontopediatras, endodoncistas y ordoncistas.

6. Educar a la comunidad, de tal manera que se haga una motivación masiva no sólo en salud sino también en otras actividades y ramas.

7. Que la comunidad conozca los objetivos del centro y así participe activamente en las diferentes acciones que incrementen económicamente el servicio, con el objeto de lograr una mejor dotación y en consecuencia un mejor servicio.

8. Si se quiere que el odontólogo cumpla con sus 250 días - consultorio de trabajo, sería recomendable dotarlo de equipos, instrumental y materiales adecuados, así como de un correcto mantenimiento para los primeros.

T.O 0016 1982
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0016