

FUNDACIÓN W. K. KELLOG, UNIVERSIDAD JAVERIANA Y SERVICIO
DE SALUD DE BOGOTÁ

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN AREA URBANA

CON ENFASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- PAMI -

PRESENTADO AL: SEMINARIO SUB-REGIONAL DE INTEGRACIÓN
DOCENTE-ASISTENCIAL EN SALUD.

CARTAGENA, MAYO 10 Y 11 DE 1.983

FUNDACION W. K. KELLOGG
UNIVERSIDAD JAVERIANA
SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD EN AREA URBANA
CON ENFASIS EN ATENCION PRIMARIA

- PAMI -

FRANCISCO PARDO VARGAS
Director PAMI

SEMINARIO SUBREGIONAL DE INTEGRACION
DOCENTE ASISTENCIAL EN SALUD

CARTAGENA, COLOMBIA
MAYO, 1983

C O N T E N I D O

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

PRINCIPIOS BASICOS

PROPOSITOS Y OBJETIVOS

DESARROLLO DEL PROGRAMA

RESULTADOS

- Area Materna

- Area Infantil

- Area de Nutrición

- Area de Salud Oral

- Area de Participación de la Comunidad

MECANISMOS DE ARTICULACION DOCENTE ASISTENCIAL

- Medicina

- Nutrición

- Salud Oral

- Enfermería

FACULTAD DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS -FEI-

A) P A S

B) PASOS

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

La desintegración y el desconocimiento que tradicionalmente ha existido en nuestro medio entre los diferentes elementos que componen un Sistema de Salud, y el habitual aislamiento en que realizan sus acciones sanitarias, fue uno de los principales motivos para crear el Programa de Atención Materno Infantil, PAMI.

Desde el año de 1970, la Universidad Javeriana venía muy interesada en ampliar su campo de acción en salud, hasta el momento casi exclusivamente intramural, mediante programas que le permitieran desarrollar actividades de tipo comunitario, con el múltiple objetivo de conocer la realidad médico-social de una población urbana de escasos recursos económicos, aprovechar esta experiencia en el diseño y ejecución de modificaciones en el contenido curricular de pre y post-grado, y proponer a las autoridades de la salud de la ciudad nuevos modelos de atención médica, utilizando todos los recursos de la comunidad y del equipo de salud, en el funcionamiento de unos niveles de servicio adecuados a la complejidad de la demanda y tendientes a lograr óptimas coberturas y máxima ocupación de la capacidad instalada. Deseaba, además, utilizar el Programa como un Modelo de demostración docente, con miras a lograr su replicación en otras áreas geográficas de la ciudad y del país.

De otra parte el Plan Nacional de Salud propuesto por el Gobierno colombiano (1970-75), al considerar elementos tales como regionalización, niveles de atención, reasignación de funciones, participación de la comunidad y normas generales de evaluación, estableció los lineamientos que permitían desarrollar los principios básicos del Proyecto.

PRINCIPIOS BASICOS

Los principios básicos que han orientado las actividades del PAMI son los siguientes:

1. Atención Integral de los pacientes en los aspectos preventivos y asistenciales.
2. Ampliación de Coberturas, especialmente a la población más vulnerable.
3. Reasignación de Funciones, al personal del equipo de salud.
4. Regionalización de los Servicios, de conformidad con los programas del Servicio de Salud de Bogotá.
5. Coordinación interinstitucional entre los organismos del sector salud y otros sectores relacionados con dicha área.
6. Participación de la comunidad como instrumento de educación y prestación de acciones elementales de salud.
7. Evaluación del desarrollo del Programa y del impacto de los modelos experimentados.

PROPOSITOS Y OBJETIVOS

El propósito general del PAMI consistía en el desarrollo de un Modelo de Atención Materno Infantil, integral y multidisciplinario, que con bajos costos alcanzara altas coberturas en un área de población predeterminada, que serviría para demostrar a entidades del Gobierno comprometidas con actividades de salud su efectividad, eficiencia y posibilidad de duplicación y que se constituiría al mismo tiempo en un instrumento de demostración docente para ser usado en la modificación de currículos.

Al cumplirse este propósito, el enfoque del Programa se ha ampliado a la atención de escolares y adultos como un paso previo a la atención a la familia.

Se pretende que el Programa se constituya en un factor capaz de contribuir al desarrollo de los servicios de la salud y de la docencia proyectando su influencia en los siguientes aspectos específicos:

1. Aplicación de metodologías para caracterizar el perfil de salud de comunidades urbanas, el cual aparezca jerarquizado según su Riesgo.
2. Adaptación de las normas técnico-administrativas de los servicios de salud a las necesidades y recursos del sector.
3. Contribución al ajuste de funciones de los varios miembros de Equipo de Salud y del personal del sistema informal (parteras empíricas, voluntarias de salud etc.) de acuerdo a los Niveles de Atención.
4. Implementación y operación de sistemas regionalizados de salud en áreas urbanas, basados en categorías de riesgo, aplicación de tecnologías adecuadas a necesidades y recursos e implantación de normas de referencia bidireccional.
5. Aplicación del Enfoque de Riesgo en las siguientes fases:
 - a. Ciclo grávido puerperal.
 - b. Niños menores de 5 años.
 - c. Edad escolar.
 - d. Morbilidad. (Médico-quirúrgica).
6. Aplicación de Modelo de Atención Obstétrica a Nivel Primario, desarrollado por el PAMI.

7. Utilización del Manual de Normas Técnicas para atención pediátrica a Nivel Primario, elaborado por el PAMI.
8. Desarrollo y aplicación de tecnología relacionada con el componente nutricional.
9. Aplicación del Modelo de Salud Oral con énfasis en el Nivel Primario, dentro de un Sistema Regionalizado.
10. Desarrollo y aplicación de tecnología para obtener la participación de la comunidad en los programas de salud en forma autosuficiente y autorresponsable.
11. Asesoría en el área de investigaciones de servicios de salud en los campos anteriormente mencionados.
12. Desarrollo de metodologías de Evaluación de Servicios de salud con énfasis en los aspectos cualitativos.
13. Desarrollo de mecanismos para el logro de la articulación docente asistencial.
14. Apoyo a los programas de capacitación y formación de recursos humanos para los servicios de salud.
15. Desarrollo de un sistema de información dentro de un sistema regionalizado por niveles.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

El Programa PAMI se ha orientado a probar una serie de metodologías innovadoras en la prestación de servicios de salud y por lo tanto sus principales acciones se refieren al campo de la asistencia con el fin de lograr una infraestructura adecuada que permita el desarrollo de los programas de integración docente asistencial.

- 5 -

El proyecto da prioridad a los programas de atención primaria y pretende:

1. Difundir las experiencias obtenidas, de las metodologías utilizadas y de las investigaciones realizadas.
2. Utilizar los sistemas de trabajo para replicarlos tanto a nivel nacional como internacional, mediante la estructuración de cursos regulares de asesorías técnicas.
3. Evaluar los resultados obtenidos, que permitirá una alimentación al sistema y le dará capacidad para autogenerar nuevas actividades y convertirse en un verdadero agente de desarrollo.

El desarrollo del Programa PAMI se puede dividir en tres etapas:

La 1a. Etapa, 1975-1978 (PAMI) se caracterizó por sentar las bases de la Infraestructura y sus acciones se dirigieron primordialmente a los campos de la Obstetricia y de la Pediatría, con un alto componente en el área médica. En esta etapa el Programa funcionó como dependencia de la Facultad de Medicina a través de su Departamento de Ginecología y Obstetricia y se trabajó en la capacitación del personal paramédico para poder reasignar las funciones establecidas en el Modelo; se inició el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud y se aplicó la clasificación de Riesgo en la Atención Obstétrica. Se elaboró el Manual de Crecimiento y Desarrollo y se inició tal actividad responsabilizando de su ejecución a personal de enfermería.

La 2a. Etapa, (1979-1982, PAMI II), tuvo como característica la implementación de la interdisciplinariedad en el trabajo, reforzando el concepto de "Atención Integral de Salud." Representó una etapa de Desarrollo de las metodologías propuestas. En esta etapa, el PAMI dejó de ser una dependencia de un Depar-

tamento Clínico de la Facultad de Medicina y en base a subprogramas específicos logró la vinculación de las otras facultades y carreras del área de la salud de la Universidad, a saber: Odontología, Enfermería y Nutrición. En esta forma se pudo dar cumplimiento al principio de la interdisciplinariedad como base para poder desarrollar modelos de atención integral en salud

La 3a. Etapa (1983- 1985, PAMI III), representará la fase de consolidación y extensión de los modelos y de las metodologías ya experimentadas y el perfeccionamiento de otras nuevas que irán surgiendo como consecuencia de un proceso continuo de investigación operativa.

Para el desarrollo de las actividades propuestas se han seguido dos estrategias básicas:

1. Aplicación del Enfoque de Riesgo.
2. Aplicación del concepto de interdisciplinariedad.

La aplicación del Enfoque de Riesgo se inició mediante el uso del instrumento de clasificación de riesgo materno-fetal elaborado y probado en el Departamento de ginecología y obstetricia de la Facultad de Medicina, que a través de unos indicadores confiables permite predecir la aparición de complicaciones que puedan afectar la salud de la madre y del recién nacido. Este sistema permitió reconocer que las condiciones de salud presentes en este grupo pueden categorizarse según la complejidad de los problemas y establecer la relación con la complejidad de los métodos y de los recursos necesarios para atender dicha situación. De esta manera se fortaleció la organización de los Niveles de Atención y la aplicación de los criterios de Regionalización.

La adecuación de la complejidad de los problemas de salud al recurso disponible trajo como consecuencia la reasignación de funciones y una mejor utilización del personal del equipo de salud permitiendo la ampliación de la cobertura. Con la ampliación del concepto de interdisciplinariedad se pudo reforzar el principio de atención integral teniendo al grupo materno infantil como núcleo de trabajo, mediante una comprensión más amplia de las características y necesidades de la comunidad

Ubicación y Cobertura

El área de trabajo se encuentra ubicada al noroccidente de la ciudad de Bogotá, pertenece a la Regional N° 1 cuya cabecera es el Hospital Universitario San Ignacio y cuenta con tres centros de salud y con un Hospital Local (en proceso de remodelación), que sirven a 21 barrios.

La población existente en cada uno de los barrios del programa ha sido la siguiente:

TABLA N° 1

AÑO	POBLACION
1976	119.513
1977	126.584
1978	134.179
1979	142.230
1980	151.452
1981	159.744

-8-

El 52% de la población pertenece al sexo femenino. El promedio de edad de los habitantes es de 21.9 años. Residen 27.542 familias cuyo promedio de personas en cada una es de 5.8. El 34.6% de la población del área está afiliada a la seguridad social o utiliza medicina privada. Por lo tanto la población a servir en los organismos de salud es de 104.473 personas, distribuidas así:

TABLA Nº 2

GRUPOS	POBLACION BENEFICIARIA	POBLACION A SERVIR	%
Menor de 1 año	3.355	2.194	2.1
1 - 4 años	15.016	9.820	9.4
Mujeres en edad reproductiva (15-44)	41.693	27.267	26.1
Embarazos esperados	4.089	2.675	2.6

RESULTADOS

Creemos conveniente presentar en este documento algunos resultados de las Metodologías experimentadas en el área Materno-Infantil, por reflejar la influencia del Programa sobre la calidad de Atención en los Servicios.

AREA MATERNA

1. Indicadores de volúmen

TABLA Nº 3

EMBARAZADAS ATENDIDAS

AÑO	CANTIDAD	COBERTURA	CONCENTRACION
1976	1.692	65.4	3.3
1977	2.357	111.2*	2.2
1978	3.362	149.7*	3.5
1979	3.794	159.3*	2.8
1980	4.675	184.3*	2.6
1981	4.689	175.4*	2.7
1982	4.885	178.2	2.0

El porcentaje de crecimiento en el número de embarazadas atendidas de 1976 a 1982 es de 188.7%.

Los porcentajes de cobertura fueron calculados tomando la población a servir y se determinó así: la cantidad de embarazos esperados, menos 34.6% que es la población afiliada a seguridad social o que utiliza medicina privada. A pesar de que teóricamente las coberturas no pueden ser superiores al 100 %, en la tabla Nº 4 las altas coberturas encontradas se

pueden explicar por haber personas que estando inscritas en su seguridad social, prefieren asistir a los Centros de Salud del área para su cuidado prenatal y además porque concurren también a estos organismos, mujeres que no residen en el área de influencia del Programa.

TABLA N° 4

PUERPERAS ATENDIDAS

AÑO	CANTIDAD	COBERTURA	CONCENTRACION
1976	408	60.1	0.6
1977	1.133	80.0	0.8
1978	1.004	70.2	0.7
1979	1.122	89.7	0.9
1980	1.023	89.9	0.9
1981	1.058	90.1	0.9
1982	1.292	102.2	1.0

La cantidad de puerperas atendidas son las mujeres que tuvieron visita domiciliaria de postparto, 48 horas después del parto. El porcentaje de crecimiento de 1976 a 1982 es de 216.7%. La cobertura se calculó en base a las mujeres cuyos partos fueron atendidos dentro del Programa (Tabla N° 6). Los datos de concentración son satisfactorios ya que se tiene programada máximo una visita domiciliaria por mujer.

TABLA N^o 5

PARTOS ATENDIDOS

AÑO	HOSPITAL LOCAL	HOSPITAL UNIVERSIT.	TOTAL	COBERTURA
1976	275	405	680	33.9
1977	803	613	1416	66.8
1978	793	640	1433	63.8
1979	721	526	1247	52.4
1980	637	500	1137	44.8
1981	595	581	1176	44.0
1982	874	390	1264	45.1

El porcentaje de crecimiento del número de partos atendidos de 1976 a 1982 fue de 85,9%.

La cobertura se calcula en relación con los "partos a atender" o sea "embarazos esperados a servir" menos "pérdida reproductiva"(6%).

La cifra de "pérdida reproductiva" de las embarazadas del área (6% al año) fue obtenida por medio de la investigación sobre "Atención Materno Infantil" realizada a nivel domiciliario en 1980.

AÑO	MÉXICO	AUX.	AMILLAR	TOTAL
1976	275	405	680	1355
1977	803	613	1416	2822
1978	793	640	1433	2866
1979	721	526	1247	2494
1980	637	500	1137	2274
1981	595	581	1176	2352
1982	874	390	1264	2564

TABLA N° 6

ATENCIÓN DEL PARTO EN PRIMIPARAS

AÑO	HOSP. LOCAL (%)	HOSPITAL UNIVERSITARIO%
1976	0	61
1977	0	59
1978	29	54
1979	32	51
1980	28	64
1981	17	50
1982	28	47

El porcentaje se calculó del total atendido en cada organismo.

TABLA N° 7

PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO

% HOSPITAL LOCAL

AÑO	MEDICO	MEDICO Y AUX.	AUXILIAR	TOTAL
1976	38	6	56	100
1977	15	15	70	100
1978	8	23	69	100
1979	4	25	71	100
1980	3	22	75	100
1981	3	12	85	100
1982	13	15	72	100

TABLA N° 8

REUNIONES DE ALTO RIESGO

ARO	REUNIONES	CASOS ANALIZADOS
1976	28	215
1977	38	380
1978	40	206
1979	33	199
1980	30	178
1981	38	102
1982	32	80

Estas reuniones tienen como fin analizar los casos clasificados en alto riesgo para definir el nivel de atención en prenatal y parto.

Sirven también como elemento básico en actividades de Educación Continuada y de coordinación interinstitucional.

COMPLICACIONES DEL PARTO

En las siguientes Tablas (N° 9, 10, 11, 12) se presentan las principales complicaciones del parto de acuerdo a:

- Tipo de complicaciones.
- Nivel de atención
- Paridad.

Posteriormente se hace un análisis con implicaciones prácticas de estos resultados.

TABLA N° 9

PORCENTAJE DE PARTOS CON COMPLICACIONES SEGUN
PARIDAD

1976 - 1982

PARIDAD	HOSPITAL LOCAL	HOSP. UNIVERSITARIO
0	18.8	17.4
1 - 3	20.5	21.2
4 - 6	12.2	21.9
7 - 9	12.9	18.9
10 y más	10.0	13.3
TOTAL	18.3	19.3

TABLA N° 10

PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL PARTO

1976 - 1982
%

COMPLICACIONES	HOSPT. LOCAL	HOSPT. UNIVERSITARIO
Desgarro I	67.1	19.2
Desgarro II	19.1	18.9
Desgarro III - IV	0.0	3.3
Retención placenta	4.3	0.4
Presentación pelvis	2.4	12.5
Hemorragia postparto	1.7	4.2
Desgarro cuello	0.8	0.7
Desproporción cefalo- pélvica	0.7	10.6
Embarazo múltiple	0.5	7.0
Prolapso de cordón	0.4	0.7
Placenta previa	0.1	3.7
Pélvis incompleta	0.0	1.1
Abruptio placenta	0.0	2.4
Situación trasversa	0.0	4.0
Otras	2.9	11.4
TOTAL	100.0	100.0

TABLA N° 11

PRINCIPALES COMPLICACIONES SEGUN PARIDAD

HOSPITAL LOCAL

1976 - 1982

%

COMPLICACIONES \ PARIDAD	0	1 - 3	4 - 6	7 y más
Desgarro I	66.9	68.7	57.0	60.0
Desgarro II	19.6	20.0	13.9	0.0
Presentación pelvis	2.7	1.5	6.3	20.0
Retención placenta	2.0	4.0	11.4	0.0
Hemorragia postparto	3.4	1.1	2.5	0.0
Desproporción cefalo pélvica	0.0	0.8	1.3	0.0
Prolapso de cordón	0.7	0.2	1.3	0.0
Desgarro cuello	1.4	0.6	1.3	0.0
Otras	3.4	3.2	5.1	20.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

TABLA N° 12

PRINCIPALES COMPLICACIONES SEGUN

PARIDAD

HOSPITAL UNIVERSITARIO

1976 - 1982

%

COMPLICACIONES \ PARIDAD	0	1 - 3	4 - 6	7 y más
Desgarro I	10.5	26.5	27.8	21.1
Desgarro II	18.6	20.4	18.5	5.3
Desgarro III - IV	6.1	3.1	0.0	0.0
Desproporción cefalo pélvica	19.0	3.5	3.7	5.3
Presentación de pelvis	17.8	8.4	7.4	5.3
Embarazo múltiple	5.3	8.0	11.1	5.3
Placenta previa	0.8	5.8	5.6	10.5
Abruptio placentae	2.8	1.3	0.0	15.8
Hemorragia postparto	4.9	4.0	1.9	5.3
Otros	14.2	18.1	24.1	26.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

COMENTARIOS

Un análisis de los datos anteriormente presentados revela los siguientes hechos, que hablan por si mismos sobre la utilidad de la aplicación del Enfoque de Riesgo:

1. No hay diferencia significativa en el porcentaje del total de partos con complicaciones entre los dos niveles de Atención (18.3% y 19.3%); pero al analizar el tipo de complicación, se aclara el comportamiento de los grupos clasificados de acuerdo a su riesgo.

2. En el Hospital Local Comunitario la mayoría de complicaciones (86.2%) fueron catalogadas como leves (desgarros perineales I y II). En cambio el 61.9% de complicaciones a nivel del Hospital Universitario fueron graves (Tabla 10).

Es notoria la alta proporción de desgarros perineales, que aunque sea una complicación leve, no debe presentarse en tal cantidad. Esta situación podría explicarse por alguna de las siguientes hipótesis:

- Mal registro de la complicación, por tomar como desgarros a simples erosiones de la mucosa, muy frecuentes en estos casos; ó
- Deficiente atención del parto (mala protección del periné técnica inapropiada en la episiotomía).

En todo caso, la situación planteada amerita la realización de un estudio prospectivo que permita aclarar estos hallazgos.

3. La evolución del parto en el grupo de primíparas atendidas en el H.L.C. no difirió de la del grupo de múltiparas con 1 a 3 partos previos (Tabla 11).

En ambos grupos predomina una alta proporción de desgarros perineales (punto 2 de este análisis) y solamente el 13.5% y el 11.3% respectivamente, correspondió a otro tipo de complicaciones mayores. En cambio, es evidente que a medida que aumenta la multiparidad aumenta el número de complicaciones mayores (29.1%).

A nivel de Hospital Universitario se aprecia una mayor gravedad en el tipo de complicaciones en todos los grupos (Tabla 12), lo cual indica una correcta aplicación en los criterios de remisión.

El grupo de grandes multíparas atendido en el H.L.C. no se ha tenido en cuenta para el análisis comparativo de morbilidad a causa de su reducido número (10 pacientes). Estas pacientes fueron atendidas a este nivel, contraviniendo las normas de atención, debido a circunstancias fortuitas especialmente la de haber llegado al servicio en período expulsivo.

4. Se evidencia así que la proporción de complicaciones en el H.L.C. entre las pacientes primíparas (paridad 0) y las multíparas (paridad 1-3) no difiere significativamente (18.8% v.s. 20.5%), y que la proporción de complicaciones mayores va aumentando a medida que aumenta la paridad.

Estos resultados permiten plantear dos hechos:

- a. La posibilidad de atender primíparas en los Hospitales Locales, con una morbilidad fácilmente controlable, y
- b. La necesidad de aplicar sistemáticamente una clasificación de Riesgo con suficiente valor predictivo, pues de lo contrario se correría el peligro de atender en un nivel inadecuado pacientes con riesgo deficientemente identificado.

En otras palabras, el requisito indispensable para poder atender el parto a primigrávidas en niveles primario o secundario, debe ser la correcta y oportuna clasificación del Riesgo-Materno-Fetal durante los controles prenatales a todo el grupo de usuarias de los Programas Materno Infantiles. Pacientes que lleguen sin llenar este requisito a las Unidades de Atención Primaria, en trabajo de parto para atención del mismo deben ser sistemáticamente remitidas a niveles superiores, por cuanto se desconoce el Riesgo que entraña su atención.

TABLA N° 13

PARTOS INTERVENIDOS

AÑO	HOSPITAL LOCAL	HOSPITAL UNIVERSITARIO
1976	0.0	21.1
1977	0.1	21.4
1978	0.0	20.1
1979	1.0	23.0
1980	0.5	22.8
1981	0.2	26.0
1982	0.0	27.4

Porcentaje sobre el total atendido en cada organismo. La misma proporción de partos intervenidos en el H.L.C, demuestra que las normas al respecto en la atención de partos en este nivel se están cumpliendo sólo excepcionalmente (1 caso en 1977, 4 en 1979, 3 en 1980 y 1 en 1981) ha sido necesaria la intervención del médico motivadas por dos causas: sufrimiento fetal y segundo período prolongado.

TABLA Nº 14

PRINCIPALES CAUSAS DE REMISION DURANTE EL PARTO

(1976 - 1982)

ORDEN	CAUSA
1º	Trabajo prolongado
2º	Sufrimiento fetal agudo
3º	Desgarro perineal III
4º	Retención placenta
5º	Hemorragia post-parto
6º	Hematoma vulvar post-parto

TABLA Nº 15

PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON PESO MENOR

de 2,500 grs.

AÑO	HOSPITAL LOCAL	HOSPIT. UNIVERSITARIO
1976	5.8	26.5
1977	5.5	20.7
1978	6.2	23.6
1979	6.2	9.9
1980	4.1	11.6
1981	6.0	11.6
1982	6.2	12.5

TABLA N° 16

PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON APGAR
MENOR DE 7

AÑO	HOSPIT. LOCAL	HOSPIT. UNIVERSITARIO
1976	0.7	12.4
1977	1.5	14.5
1978	1.6	16.6
1979	3.2	16.2
1980	1.4	8.6
1981	1.4	13.4
1982	5.0	5.4

La proporción de recién nacidos en el H.L.C. con Apgar menor de 7 es muy pequeña y muy inferior a las cifras observadas generalmente en los recién nacidos.

TABLA N° 18

NINOS NACIDOS SEGUN SEXO

AÑO	1980	1981	1982
Varones	1,250	1,208	7,174
Mujeres	844	853	577
2 años	887	875	273
3 años	284	252	273
4 años	145	112	248
5 años	74	104	117

AREA INFANTIL

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1. Indicadores de volúmen

TABLA Nº 17

NIÑOS ATENDIDOS

AÑO	CANTIDAD	COBERTURA		CONCENTRACION
		Sobre Población a servir	Sobre nacidos en el PAMI	
1980	2.737	22.8	46.3	1.65
1981	3.868	32.2	60.4	1.38
1982	3.506	28.1	54.2	1.49

TABLA Nº 18

NIÑOS ATENDIDOS SEGUN EDAD

EDAD	1980	1981	1982
Menor de 1 año	1.286	1.898	2.171
1 año	645	893	571
2 años	347	466	273
3 años	235	293	219
4 años	146	212	158
5 años	78	106	114

TABLA N° 19

NIÑOS ATENDIDOS SEGUN SEXO

SEXO	1980	1981	1982
Masculino	1.410	1953	1788
Femenino	1.327	1915	1718

TABLA N° 20

CONTROLES REALIZADOS

AÑO	N°
1980	4.527
1981	5.335
1982	5.230

Porcentaje de crecimiento 1980 - 1982 = 15.5

TABLA N° 21

CONTROLES REALIZADOS SEGUN
EDAD

EDAD	1980	1981	1982
Menor de 1 año	2882	3216	3677
1 año	839	1042	789
2 años	247	466	273
3 años	235	293	219
4 años	146	212	158
5 años	78	106	114

TABLA N° 22

PERSONA QUE REALIZA EL CONTROL

PORCENTAJES

PERSONA	1980	1981	1982
Auxiliar de Enfermería	82.4	71.0	33.4
Enfermera	17.6	29.0	66.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0

TABLA N° 23

CONTROL REALIZADO

CONTROLES	1980	1981	1982
Primer control	47.4	41.7	40.6
Segundo control	23.9	22.8	17.9
Tercer control	25.5	15.4	14.8
Cuarto control	7.4	10.4	9.6
Quinto control	3.9	5.8	7.4
Sexto control	1.3	2.5	4.4
Septimo control	0.5	1.2	2.0
Octavo control	0.1	0.1	1.2
Noveno control	0.0	0.1	1.0
Décimo control	0.0	0.1	1.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0

TABLA N°24

CONCENTRACION DE CONSULTAS

POR EDAD

EDAD	CONCENTRACION		
	1980	1981	1982
Menor 1 año	2.2	1.7	1.7
1 año	1.3	1.2	1.4
2 años	1.0	1.0	1.0
3 años	1.0	1.0	1.0
4 años	1.0	1.0	1.0
5 años	1.0	1.0	1.0

EFFECTIVIDAD

Se mide el efecto o los cambios ocurridos debido a las realizaciones del Programa sobre la población objetivo. En este caso tomamos los años 1977 y 1981.

La fuente de los datos de mortalidad son los Registro de Defunción localizados en el Servicio de Salud de Bogotá y se refieren a los residentes del área programática del PAMI.

TABLA N° 25

TASAS

TASAS	1977	1981
Mortalidad general	7.3	6.8
Mortalidad infantil	57.2	33.1
Natalidad	28.7	24.6
Fecundidad	112.8	107.1

TABLA N° 26

MORTALIDAD POR EDAD

%

EDAD	1977	1981
Menor 1 año	26	13
1 - 4 años	5	10
5 - 14 años	3	7
15 - 44 años	17	17
45 y más	49	53

TABLA N° 27

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL

ORDEN	1977	1981
1º	Tumores malignos	Tumores malignos
2º	Neumonía	Enfermedades izquémicas del corazón.
3º	Enfermedades izquémicas del corazón	Afecciones anóxicas e hipóxicas.
4º	Enf. cerebrovascular	Enf. Cerebrovascular.
5º	Accidentes vehículos motor	Accidentes vehículos motor.

TABLA N° 28

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

ORDEN	1977	1981
1º	Neumonía	Afecciones anóxicas e hipóxicas.
2º	Afecc. anóxicas e hipóxicas	Enfermedad diarreica
3º	Enf. diarreica	Neumonía
4º	Septicemia	Anomalías congénitas

TABLA N° 29

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL
SEGUN PRINCIPALES CAUSAS

CAUSAS	1977	1981
Neumonía	12.3	6.4
Afecc. Anóxicas e hipóxicas.	11.0	8.6
Enfermedades diarreicas	7.8	8.0

Comentarios

El comportamiento de las causas de mortalidad infantil en los períodos extremos de la experiencia merecen algunos comentarios, pues a primera vista parecen demostrar cambios que una observación simplista pueden hacer aparecer como inconvenientes.

Las afecciones anóxicas e hipóxicas pasaron del segundo al primer lugar como causa de mortalidad infantil. Este hecho no significa que haya aumentado el número de niños muertos por dichas afecciones sino que disminuyeron las muertes por otras causas (Tabla 29).

Por otra parte, al comparar las tasas de esta mortalidad en 1977 y 1981 (Tabla 25) se observa una disminución sorprendente en tan corto tiempo (57.2% v.s. 33.1%). Al tomar solo los casos atendidos hospitalariamente por PAMI en los períodos de parto, intraparto y neonatal (24 horas), se encontró que en 1977 se murieron 28 niños y en 1981 solamente 15. Esto corresponde a unas tasas de 20.2 y 13.4 respectivamente.

Las causas específicas de cada causa disminuyeron; esta disminución fue especialmente notoria en las enfermedades respiratorias (exógenas). El rubro "Enfermedades anóxicas e hipóxicas" incluye una serie de daños mal definidos dentro de la mortalidad perinatal y por lo general son daños poco reducibles, en los cuales incide muy poco la aplicación o mejoramiento de tecnología en la atención prenatal y del parto; consecuencia de ello es el hecho de que en los países altamente desarrollados este rubro continúa siendo el primero como causa de mortalidad neonatal.

En cambio es evidentemente satisfactorio observar una apreciable reducción en los daños prevenibles (Neumonía). Por último, al analizar las cifras debe tenerse en cuenta que los denominadores para los años 1977 y 1982 variaron a través del tiempo de la experiencia.

TABLA N° 30

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

ORDEN	1977	1981
1º	Influenza	Helmintiasis
2º	Neumonía	Influenza
3º	Enfermedad diarreica	Otras enfermedades del aparato genitourinario.
4º	Otras enfermedades del aparato genitourinario	Enfermedad diarreica

Estas causas de morbilidad fueron obtenidas de la consulta externa de los Centros de Salud.

TABLA N° 31

EMBARAZADAS ATENDIDAS EN CONSULTA NUTRICIONAL

AÑO	HOSPITAL LOCAL	H. UNIVERSITARIO
1979	52	-
1980	231	10
1981	169	112

TABLA N° 32

MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN CONSULTA NUTRICIONAL

AÑO	HOSPITAL LOCAL	H. UNIVERISTARIO
1979	301	28
1980	437	35
1981	199	80

AREA DE NUTRICION

La desnutrición en Colombia es uno de los problemas mayores que afecta principalmente a las embarazadas y niños menores de 5 años.

En el área del Programa PAMI, y como resultado de las investigaciones en Nutrición, específicamente sobre valoración del estado nutricional, se encontró que en la población menor de 5 años el porcentaje de niños con problemas de desnutrición se eleva a un 33% y en las embarazadas a un 12%. Por tanto, las acciones de nutrición deben ser dirigidas a disminuir estos problemas mediante la implementación de medidas correctivas acordes con las políticas del país.

Teniendo en cuenta las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas, en Colombia ha faltado cumplir con el establecimiento de sistemas simplificados de prestación de servicios de nutrición, lo cual permitiría evaluar en forma continua la situación, haciendo ajustes y correcciones adecuadas a los mismos.

Para cumplir con lo anterior se hizo necesario diseñar una metodología sencilla de prestación de servicios de nutrición fácilmente adaptable a las características del país y del área de influencia del Programa, que contemple la insuficiencia de profesionales de nutrición a nivel de los servicios seccionales.

Por tal motivo, en la primera etapa de actividades se puso especial énfasis en:

- A. Capacitar al recurso humano diferente a nutricionistas para que realicen acciones en nutrición en diferentes niveles de atención.
- B. Elaborar normas y procedimientos para el cumplimiento de estas actividades.

Debido a que no existía una definición clara de estas acciones en cada uno de los niveles de atención, en el momento de iniciarse el sub-programa de nutrición del PAMI se hizo preciso integrar sus actividades dentro de un sistema regionalizado de salud, mediante la planeación y desarrollo de acciones en las áreas de servicio, docencia e investigación.

Para el desarrollo de las actividades de servicio se ha requerido de una estrecha colaboración con la Nutricionista encargada de estas actividades de la Regional N° 1.

Actividades realizadas

En servicio:

- Atención nutricional a los desnutridos graves con patología agregada.
- Atención nutricional a los desnutridos leves y moderados sin patología agregada.
- Elaboración de normas para el tratamiento de la desnutrición en menores de cinco años, embarazadas y madres lactantes.
- Elaboración de normas para el tratamiento nutricional de las diarreas.

- Valoración del estado nutricional del menor de cinco años mediante la toma y registro del peso y la talla.
- Valoración del estado nutricional de la embarazada y madre lactante mediante la toma del perímetro de brazo.
- Elaboración del sistema de información para evaluar el impacto de las acciones de nutrición.
- Recolección, tabulación y análisis de la información, útil en cuantificar el problema nutricional del grupo materno infantil.
- Diseño de los esquemas de alimentación de la embarazada, madre lactante y menor de cinco años.
- Fomento de la lactancia materna.
- Diseño de contenidos de nutrición para agentes educativos del área.

La cuantificación de la atención nutricional al grupo materno infantil se consigna en las tablas de evaluación del presente documento.

En Docencia:

Educación formal e interpersonal sobre nutrición según necesidades del área, dirigidas a:

- . Usuarías de los servicios de salud y grupos de base de la comunidad. 2.000 horas.
- . Personal de servicio de los Centros de Salud. 30 horas.

En Investigación

- Ensayo y validación de parámetros antropométricos, prácticos y sencillos, útiles para identificar riesgo nutricional y evaluar periódicamente el nivel nutricional del grupo materno infantil, tales como:

AREA DE SALUD INFANTIL

- Rejilla de crecimiento para uso internacional recomendada por la Organización Mundial de la Salud.
- Medida del perímetro de brazo para valorar el estado nutricional de la embarazada y madre lactante.
- Elaboración del diagnóstico nutricional del grupo materno infantil del área.

El programa de salud infantil en el área de salud se ha desarrollado en los campos principales: salud comunitaria y protección específica.

Las acciones que se han estado dirigiendo a la población son:

1. Promoción de la salud y prevención de enfermedades.

2. Diagnóstico nutricional y de salud.

3. Atención médica y odontológica.

4. Atención de enfermería y fisioterapia.

5. Atención de psicología y trabajo social.

6. Atención de nutrición y dietética.

7. Atención de higiene y saneamiento.

8. Atención de educación para la salud.

9. Atención de control de calidad.

10. Atención de evaluación de impacto.

El programa de salud infantil en el área de salud se ha desarrollado en los campos principales: salud comunitaria y protección específica.

1. Datos de la comunidad.

El programa de salud infantil en el área de salud se ha desarrollado en los campos principales: salud comunitaria y protección específica.

- 1. Atención de salud comunitaria.
- 2. Atención de salud específica.
- 3. Atención de salud comunitaria.
- 4. Atención de salud específica.
- 5. Atención de salud comunitaria.
- 6. Atención de salud específica.
- 7. Atención de salud comunitaria.
- 8. Atención de salud específica.
- 9. Atención de salud comunitaria.
- 10. Atención de salud específica.

AREA DE SALUD ORAL

Las actividades de servicio desarrolladas en el área de Salud Oral se han dirigido fundamentalmente a acciones de odontología preventiva realizadas dentro del concepto de Atención Primaria. En este orden de ideas se ha utilizado a personal técnico (2 higienistas orales) supervisado por el Odontólogo del Programa y se ha trabajado en dos campos principalmente: educación sanitaria y protección específica.

Estas acciones han estado dirigidas a la población pre-escolar y escolar del área y han servido como campo de práctica a estudiantes de la Facultad de Odontología, quienes por primera vez se han expuesto a una experiencia organizada de Odontología comunitaria, sirviendo además como un muy buen ejemplo de programas de integración docente asistencial.

A partir de 1979, año en el cual se inició el programa de salud oral dentro del PAMI, se han realizado las dos actividades siguiendo los siguientes esquemas:

1. Educación sanitaria.

Incluye charlas de instrucción a la población escolar seleccionada para la aplicación del programa de protección específica.

TEMA	DOCENTE
1. Importancia de los dientes	Higienista oral PAMI
2. Anatomía dental y tejidos de soporte.	Estudiantes de IV y VIII semestre, Fac. de Odontología.
3. Placa bacteriana	
4. Técnica de cepillado	
5. Erupción dentaria	Higienista oral PAMI

AREA DE SALUD ORAL

Las actividades de servicio desarrolladas en el área de Salud Oral se han dirigido fundamentalmente a acciones de odontología preventiva realizadas denteo del concepto de Atención Primaria. En este orden de ideas se ha utilizado a personal técnico (2 higienistas orales) supervisado por el Odontólogo del Programa y se ha trabajado en dos campos principalmente: educación sanitaria y protección específica.

Estas acciones han estado dirigidas a la población pre-escolar y escolar del área y han servido como campo de práctica a estudiantes de la Facultad de Odontología, quienes por primera vez se han expuesto a una experiencia organizada de Odontología comunitaria, sirviendo además como un muy buen ejemplo de programas de integración docente asistencial.

A partir de 1979, año en el cual se inició el programa de salud oral dentro del PAMI, se han realizado las dos actividades siguiendo los siguientes esquemas:

1. Educación sanitaria.

Incluye charlas de instrucción a la población escolar seleccionada para la aplicación del programa de protección específica.

TEMA	DOCENTE
1. Importancia de los dientes	Higienista oral PAMI
2. Anatomía dental y tejidos de soporte.	Estudiantes de IV y VIII semestre, Fac. de Odontología.
3. Placa bacteriana	
4. Técnica de cepillado	
5. Erupción dentaria	Higienista oral PAMI

- TEMA
6. Caries, causas
 7. Enfermedad periodontal
 8. Técnica de cepillado
 9. Caries, consecuencias
 10. Caries, prevención
 11. Recomendaciones

DOCENTE

Estudiantes de IV y VIII semestre.

La cuantificación de las conferencias anteriores es la siguiente:

AÑO	Nº de CONFERENCIAS
1979	420
1980	1.302
1981	1.765
1982	824

2. Protección Específica

Las dos higienistas orales del PAMI trabajaron directamente en esta actividad y supervisaron las actividades de los estudiantes en la ejecución del Programa. Se usó la siguiente metodología:

PROTECCION ESPECIFICA

INSTRUCTOR

1. Controles de placa
2. Autoprofilaxis
3. Autoaplicación NaF.
4. Técnica de cepillado
5. Uso de seda dental
6. Evaluación de las actividades realizadas.

Higienista oral PAMI
 Estudiantes IV y VIII semestre
 Fac. de Odontología.

De esta manera se estructuró el siguiente cuadro de actividades:

TEMA	DURACION	PROTECC. ESPECIFICA
1. Importancia de los dientes.	3 min.	1. Control de placa
2. Anatomía dental y tejidos de soporte.	"	2. Autoprofilaxis.
3. Placa bacteriana	"	3. Autoaplicación NaF.
4. Técnica de cepillado	"	4. Técnica de cepillado
5. Erupción dentaria	"	5. 2a. Autoaplicación de NaF
6. Caries, (causas)	"	6. Técnica de cepillado
7. Enfermedad periodontal	"	7. Uso de seda dental
8. Técnica de cepillado	"	8. Técnica de cepillado
9. Caries (consecuencias)	5 min	9. 3a. Autoaplicación NaF.
10. Técnica de cepillado	"	10. Técnica de cepillado
11. Caries (Prevención)	3 min.	11. 4a. Autoaplicac. NaF
12. Técnica de cepillado	"	12. Técnica de cepillado
13. Recomendaciones	4 min.	13. Evaluación de activ.

Esta metodología se adoptó siguiendo las políticas establecidas por el Servicio de Salud de Bogotá.

Como consecuencia de estos planteamientos se pudieron efectuar las siguientes acciones:

ACTIVIDADES DE PREVENCION

ACTIVIDADES	1979	1980	1981	1982	%	
					1979/80	80/81
Población atendida	1.889	15.231	16.153	12.064	706.3	6.1
Autoprofilaxis	1.889	15.231	16.153	12.064	706.3	6.1
Autoaplicaciones de F	7.556	60.924	64.612	58.256	706.3	6.1

El aumento de cobertura en actividades que antes de implantar este Modelo no existían en el área, hablan por sí mismas de la bondad del Programa. Por esta razón se considera que es fácilmente replicable y representa la base para iniciar el Modelo de Atención por Niveles en Odontología, utilizando los Centros de Salud, el Hospital Local Comunitario y el Hospital Universitario-Facultad de Odontología.

Después de haber visitado los Centros de Salud y el Hospital Local Comunitario, se realizaron reuniones con los representantes de las comunidades respectivas, para explicar el Modelo de Atención por Niveles y la importancia de la selección del primer grupo de beneficiarios.

Se acordó que los Centros de Salud y el Hospital Local Comunitario representaran a las comunidades en las decisiones que se tomaran en el área de salud y en la selección de los beneficiarios. Se acordó también que se realizaran reuniones periódicas para evaluar el Modelo de Atención por Niveles y la importancia de la selección del primer grupo de beneficiarios.

Para la implementación del Modelo de Atención por Niveles se acordó que se realizaran reuniones periódicas con los representantes de las comunidades y el personal de los Centros de Salud y el Hospital Local Comunitario. Se acordó también que se realizaran reuniones periódicas para evaluar el Modelo de Atención por Niveles y la importancia de la selección del primer grupo de beneficiarios.

AREA DE PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

El PAMI plantea dentro de sus principios básicos la participación de la comunidad en el desarrollo de programas de salud. Acorde con este principio y con los planteados en el Plan Nacional de Salud, se ha venido fomentado dicha participación.

Cuando se iniciaron las actividades en el área, se identificaron las organizaciones de base existentes y ante los líderes formales e informales de las comunidades respectivas se planteó el Programa y como un primer aporte de ellos, se participó muy eficazmente en la selección del primer grupo de Promotoras de salud.

Teniendo en cuenta que los Comités de Salud son los organismos de base que representan a la comunidad en las decisiones relacionadas con la planeación y prestación de servicios a fin de lograr y satisfacer sus necesidades reales de salud, el PAMI ha venido implementando la creación de Comités de Salud tanto a nivel del Hospital Local, La granja, como también en los Centros de Salud del área de influencia, detectándose ésta como la primera experiencia de participación de la comunidad en salud de esta área.

Para la conformación de los Comités se tuvo como modelo el sistema regionalizado de los servicios de salud; así fue como se organizó el "Comité Regional" con sede en el Hospital Local Comunitario de La Granja. Este Comité estaba integrado por representantes de los diferentes barrios de la zona, y se encargó de promover y organizar los sub-comités de los Centros del área de influencia del PAMI. La principal actividad venía siendo la contribución económica para sostenimiento de los Centros de Salud, mediante el cobro de cuotas de recuperación

voluntaria a la comunidad y su función más importante fue la fiscalización de la inversión de los fondos, lo cual generó una serie de intervenciones por parte de los miembros de los Comités que se interpretaron como ingerencias inconvenientes en el manejo de los Centros de Salud, presentando conflictos con el personal profesional de los mismos.

Se observó además que el personal técnico carecía de una orientación definida para encauzar claramente la participación comunitaria y además que, aspectos tan importantes como la capacitación en salud a la comunidad no se tenían en cuenta. Consecuente con estas observaciones el PAMI organizó un Taller sobre "Organización y Participación Comunitaria en Salud", para los coordinadores de las áreas del PAMI y los directores y enfermeras jefes de los Centros de Salud, con el objeto de aclarar conceptos sobre la participación comunitaria, identificar los problemas que ésta plantea y buscar estrategias para su correcta orientación.

Para la realización de este Taller se contó con la asesoría del Dr. Edgard Rosero, Jefe del Proyecto Médico y Víctor Reyes Jefe del proyector sociológico del Estudio de participación de la comunidad del Ministerio de Salud y la UNICEF.

En este taller se aclararon algunos conceptos sobre participación comunitaria y se conocieron algunas experiencias realizadas a nivel nacional. Se concluyó sobre la necesidad de una adecuada capacitación a los líderes de la comunidad en aspectos básicos de salud, la integración del equipo como motivador y orientador de la participación comunitaria y se sugirió la reestructuración del Comité Regional y de los Comités de cada Centro con el objeto de abrir nuevas perspectivas al trabajo comunitario.

Se considera que este Taller constituyó una experiencia fundamental que permitió analizar las actividades desarrolladas hasta el momento, detectar los errores procedimentales en un campo en el cual no existen estrategias muy claras, y trazar directrices para aplicar en el futuro.

El desarrollo y las conclusiones del Taller se encuentran consignadas en un documento disponible para consulta.

Acorde con las conclusiones y recomendaciones del Taller se procedió a dar un nuevo enfoque a las actividades de los Comités, enfatizando la labor de promoción y de educación en salud a desarrollar por ellos en sus comunidades.

Consecuentes con el nuevo enfoque dado a las actividades comunitarias, al finalizar el año de 1981 se realizó el primer curso de capacitación en salud para líderes de la comunidad del Centro de Salud del Paris Gaitán (#52), con la asistencia de 25 líderes pertenecientes a las diferentes organizaciones de base. Dado el éxito del curso y la posterior motivación de los participantes, se piensa replicar esta actividad en los otros comités.

En el desarrollo del trabajo comunitario, se han detectado algunas dificultades entre las cuales vale la pena destacar:

1. La ausencia de una integración real del personal de los Centros de Salud al trabajo de la comunidad, que se trasluce en una poca motivación hacia este trabajo.
2. La participación de la comunidad no está programada dentro de las actividades específicas del personal de salud, a pesar de ser esta una política del Plan Nacional de Salud.
3. Las actividades comunitarias exigen por lo menos una dedicación en tiempo diferente al horario regular de los Centros, y la mayoría de las veces éstas se cumplen en base a la buena voluntad del personal.

Parte de estas dificultades se encuentran subsanadas en la nueva programación del Servicio de Salud. Por tal motivo se considera que este es un momento muy oportuno para impulsar el componente "participación de la Comunidad" y la colaboración del área de Trabajo Social del PAMI se orientará a servir como apoyo a las actividades programadas, aportando su experiencia en el manejo de los Comités de Salud, ayudando a coordinar las labores de las Promotoras de Salud en sus respectivos Centros; apoyando y coordinando, si el caso lo requiere, los cursos de capacitación en salud para los líderes de la comunidad, y de estrategias de integración comunitaria para los miembros del equipo de salud; aprovechando el conocimiento y la aceptación que tiene sobre el grupo de parteras del área para incrementar su vinculación al sistema; ayudando a mantener el sistema de información de las promotoras cuyo diseño y metodología quedó implantado en los Centros de Salud del área, y, finalmente, continuando su trabajo coordinador en los sistemas de remisión y de ayuda directa a los pacientes que requieren atención en los diferentes niveles del sistema.

- MECANISMOS DE ARTICULACION DOCENTE ASISTENCIAL -

De acuerdo al espíritu del Decreto 1210 de 1978, que consagra la asistencia como función prioritaria de las instalaciones del Sistema Nacional de Salud, hemos considerado que un requisito indispensable para la implantación de programas docentes en tales instituciones es procurar su óptima organización y su ordenado funcionamiento, con el fin de no correr el riesgo de exponer al estudiante a un sistema desorganizado o inoperante que lo desoriente y que impida la realización de los programas propuestos. Por tal razón las acciones del PAMI se han dirigido hasta el momento a perfeccionar los modelos asistenciales que permitan desarrollar ordenadamente los procesos de interacción docente asistencial.

Se considera que en el momento actual las condiciones de los Servicios escogidos son favorables y por lo tanto se pueden implementar los programas propuestos.

A continuación se exponen los proyectos respectivos.

MEDICINA

Se prevee la vinculación de estudiantes de pre y postgrado en las acciones programadas en cada nivel, supervisadas por el personal del Servicio y de la Universidad siguiendo en un todo las normas administrativas del Servicio.

Para el área materna se hará énfasis en la atención de partos en el Hospital Local y para los procedimientos quirúrgicos (cesáreas programadas como único factor de riesgo o intervenciones ambulatorias) se vinculará a personal de post-grado (Residentes), lo cual evitará una planta de personal gravosa para el Servicio de Salud.

En el área de Medicina General (interna) se atenderán los problemas según demanda para no desvirtuar el sentido de disciplina integradora. Para ello se establecerán las normas que sistematicen la atención por niveles y de acuerdo a estos se vinculará al personal de estudiantes bajo la coordinación y supervisión de los docentes de la Universidad.

En el área Quirúrgica se responsabilizará a cirujanos de experiencia (con categoría de Instructor del Departamento Quirúrgico) y la vinculación de estudiantes de pre y post-grado dependerá de la complejidad de las acciones acordadas por el Comité Coordinador. (Cláusula Decimo Primera).-

En el área Pediátrica se vincularán estudiantes de pregrado para aplicar la metodología de crecimiento y desarrollo y los programas de vacunación a nivel de consulta externa (Centros de Salud del área, Centro de Salud 41 y Hospital Local). Las acciones previstas a Nivel de Hospitalización en el Hospital Local (cuadros de deshidratación y de patología respiratoria) serán desarrolladas por estudiantes de pre-grado y de acuerdo a la complejidad del caso y al movimiento del servicio, se vinculará a personal de post-grado.

La fijación del número de estudiantes y las acciones concretas a desarrollar en las áreas escogidas para el programa, se regirá por lo establecido en la cláusula séptima del Contrato vigente.

A continuación se presenta el plan de actividades de cada una de las áreas detallando el proceso de articulación docente asistencial.

MEDICINA

ACTIVIDAD	EJECUTOR	LUGAR	RESPONSABLE
<u>Control Prenatal</u>			
- Bajo Riesgo	Médico, Enferm. Estud. pregrado (IX semestre)	Centro Salud	Médico
- Alto Riesgo	Médico, estudiante pregrado (IX semest) Estud. postgrado.	Centro Salud #41	Médico docente
<u>Atención Parto</u>			
- Bajo Riesgo	Aux. Enfermería Médico Estud. pregrado (IX semestre)	H. Local	Médico
- Alto Riesgo	Estud. Postgrado	H. Local H. Univers.	Médico Docente
<u>Cirugía</u>			
- Ambulatoria-menor	Estud. postgrado	H. Local	Médico Docente
- Mayor	Médico docente Estudiante postgr.	H. Univers.	Médico docente
<u>Consulta Externa</u>			
- General	Médico Estud. pregrado (VI-VII semestre)	Centro S.	Médico
- Seleccionada	Médico Est. pregrado (XI semestre) Est. post-grado	H. Local	Médico
- Especializada	Médico docente	H. Univers	Médico docente
- Hospitalización	Estud. post-grado		
- Pacientes crónicos con pa- tología inestable.	Médico Estud. pregrado (XI semestre) Estud. postgrado Personal paraméd.	H. Local	Médico

(Continúa...)

ación ...)

ACTIVIDAD	EJECUTOR	LUGAR	RESPONSABLE
- Pacientes agudos con tratamiento primario.-	Médico Estud. pregrado (XI semestre) Estud. postgrado Personal paraméd.	H. Local	Médico
- Estudio preoperatorio de pacientes.	Estud. pregrado (X semestre) Person. paramédico	H. Local	Docentes Médicos y Paramédicos
- Procedimientos ambulatorios y/o simplificados de cirugía general, ORL, Oftalmología Urología y Ortopedia y Traumatología.	Estud. postgrado Médico docente	H. Local	Médico docente
- Post-operatorio	Aux. de enfermería Estud. pregrado (X semestre)	Casa	Enferm. Jefe
A <u>Consulta Externa</u> - Crecimiento y desarrollo.	Enfermera Estud. pregrado (VIII semestre)	Centro S.	Médico
- Morbilidad	Médico	Centro S.	Médico
<u>Hospitalización</u>			
- Síndrome diarreico	Estud. pregrado (VIII semestre) Personal paraméd.	H. Local	Médico
- Patología respiratoria	Estud. pregrado (VIII semestre) Estud. postgrado Personal paraméd.	H. Local	Médico

AREA DE NUTRICION

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL A TRAVES DE LA PRACTICA DE NUTRICION COMUNITARIA.

1. Objetivo de la práctica: Familiarizar al estudiante con la prestación de servicios de nutrición dentro de un sistema regionalizado de salud, mediante el desarrollo de actividades de vigilancia nutricional, prevención y tratamiento de la enfermedad diarreica, recuperación nutricional, complemento alimentaria y educación nutricional, complementando el objetivo del Programa.
2. Ubicación Curricular: Esta práctica se realiza en rotaciones de seis semanas durante el séptimo semestre de la carrera y cubre períodos continuos de Febrero a Junio y de Julio a Noviembre.
3. Lugar de desarrollo de las prácticas: las prácticas son realizadas en los cuatro Centros de Salud del área del Programa PAMI; en cada uno de ellos hay una estudiante responsable de las actividades programadas.
4. Supervisión: La supervisión es realizada por la nutricionista del Programa PAMI (quien a la vez es docente de la Carrera de Nutrición).

ACTIVIDAD	LUGAR	EJECUTOR					RESPONSABLE
		Alumno	Promotora	Aux. Enf.	Enfermera	Odontólogo	
Recomendación de la alimentación a consumir en los primeros 5 años de vida, embarazo y lactancia.	CASA	x	x				
Orientación a la familia sobre la prevención y el tratamiento de la desnutrición y la diarrea.		x	x				
Orientación a la familia sobre la mejor distribución y utilización del ingreso y los alimentos disponibles.		x	x				
Valoración del estado nutricional de embarazadas y niños menores de 5 años mediante la utilización de la cinta de brazo.		x	x				
Orientación a la familia sobre el manejo higiénico y conservación de alimentos.		x	x				
Información a la familia sobre la importancia de la vigilancia del crecimiento en los niños menores de 5 años.		x	x				
Vigilancia del estado nutricional de embarazo y menores de 5 años.		x	x				
Iniciación de la consulta prenatal.							
Consulta prenatal (primera)		x	x			x	

NUTRICIONISTA P A M I

(Continúa...)

ACTIVIDAD	LUGAR	EJECUTOR					RESPONSABLE
		Alumno	Promotora	Aux. Enf.	Enfermera	Odontólogo-Médico	
-Consultas intermedias - -Desarrollo del curso de educación en salud -Visitas domiciliarias de las primeras 48 horas. -Educación nutricional a los usuarios de los Centros de Salud. -Observación participativa en la consulta de crecimiento y desarrollo. -Consulta de nutrición a embarazadas y menores de 5 años. -Vigilancia del estado nutricional del menor de 5 años, embarazadas y madre lactante -Informar a la comunidad sobre la importancia de la vigilancia del crecimiento en los niños menores de 5.	CENTRO DE SALUD	x			x		NUTRICIONISTA PAMI
		x			x		
		x					
		x					
		x					
		x		x	x	x	
		x			x		
-Atención de menores de 5 años con problemas de deshidratación grado II y III. -Manejo nutricional del recién nacido prematuro. -Educación nutricional en la Sala de Alojamiento conjunto.	HOSPITAL LOCAL	x		x	x	x	NUTRICIONISTA PAMI
		x		x	x	x	
		x					

Continuación...)

ACTIVIDAD	LUGAR	EJECUTOR						RESPONSABLE
		Alumno	Promotora	Aux. Enf.	Enfermera	Odon-tólogo	Mé-dico	
-Impartir educación en salud oral dirigida a la protección específica. -Impartir educación nutricional a los profesores y estudiantes de la escuela primaria.	ESCUELA	x				x		NUTRICIONISTA PAMI
-Impartir educación en salud oral dirigida a la protección específica. -Consulta nutricional	CENTRO SALUD	x				x		NUTRICIONISTA PAMI
-Valorar el estado nutricional de los pacientes preoperatorios y corregir las alteraciones nutricionales en caso de encontrarlas. -Prescribir las dietas de los postoperatorios. -Elaboración de dietas. -Supervisar la aceptación de la dieta	HOSPITAL LOCAL	x			x		x	NUTRICIONISTA PAMI
-Participar en el desarrollo del curso para líderes sobre los problemas prioritarios de salud del área.		x		x	x		x	TRABAJADORA SOCIAL

AREA DE SALUD ORAL

El éxito alcanzado hasta el momento en las actividades de atención primaria en salud oral (Educación sanitaria y protección específica), nos estimulan para proponer la estructuración de los niveles de atención en odontología. Este modelo representaría la primera experiencia local del sistema y permitiría el cumplimiento de los objetivos generales enunciados.

Se propone además, cambiar el funcionamiento de los consultorios odontológicos convencionales que han demostrado ser insuficientes para responder a la demanda. Para ello se organizará un "Módulo de Altas Coberturas" con énfasis en acciones propias de atención primaria y con actividades definidas de acuerdo al Nivel de Atención donde se ubiquen. Esta innovación permitirá desarrollar la apropiada tecnología con instrumental acorde al grado de complejidad de las acciones y la vinculación programada y supervisada de los estudiantes de odontología, favoreciendo así los procesos de integración docente asistencial y de cambios curriculares en la Facultad de Odontología.

Estos Módulos estarán localizados en los Organismos de Salud del área y en algunas concentraciones escolares y cada uno tendrá de 5 a 8 unidades simplificadas colocadas alrededor de un "Dispensador" central que suministrará los elementos necesarios.

Se preveen cuatro tipos de módulos, de acuerdo a la población a servir:

MODULO N° 1 (Escolares)

Sus acciones se desarrollarán en una de las escuelas del área. Las actividades propuestas serán ejecutadas por alumnos de la Facultad de Odontología dirigidos por profesores de las áreas de Odontopediatría y Salud Pública, así como por odontólogos de la Secretaría de salud. La planta física será aportada por la escuela y la adecuación, que es mínima por la Junta de Padres de Familia.

El modelo permite el trabajo en línea con la máxima atención de pacientes y simplificación de técnicas que aumenten la eficiencia y disminuyan los costos.

MODULO N° 2 (Pre-escolares)

Se implementará en uno de los centros asignados al programa; los pacientes que están siendo atendidos por el Programa de Crecimiento y Desarrollo tendrán prelación, así como los remitidos de otros centros que siguen metodologías similares en control de crecimiento y desarrollo.

Se contará para la atención de los pre-escolares con la colaboración del Departamento de Preventiva y Social de la Facultad de Odontología y con los odontólogos al servicio de la Secretaría de Salud.

Este modelo permite la atención de pacientes en forma radial, con una central de suministros y sistematización de actividades, materiales e instrumental. Estas características permiten al igual que en el módulo N° 1 aumentar coberturas y disminuir costos.

MODULO N° 3 (Gestantes)

Programado para completar la atención integral de la embarazada mediante la sistematización de la interconsulta odontológica de todo paciente en control prenatal.

Este módulo se implementará en los centros de salud que atiendan el mayor número de gestantes; la dotación es la actual y los recursos humanos los mismos; sólo se reorganizará la forma de atención.

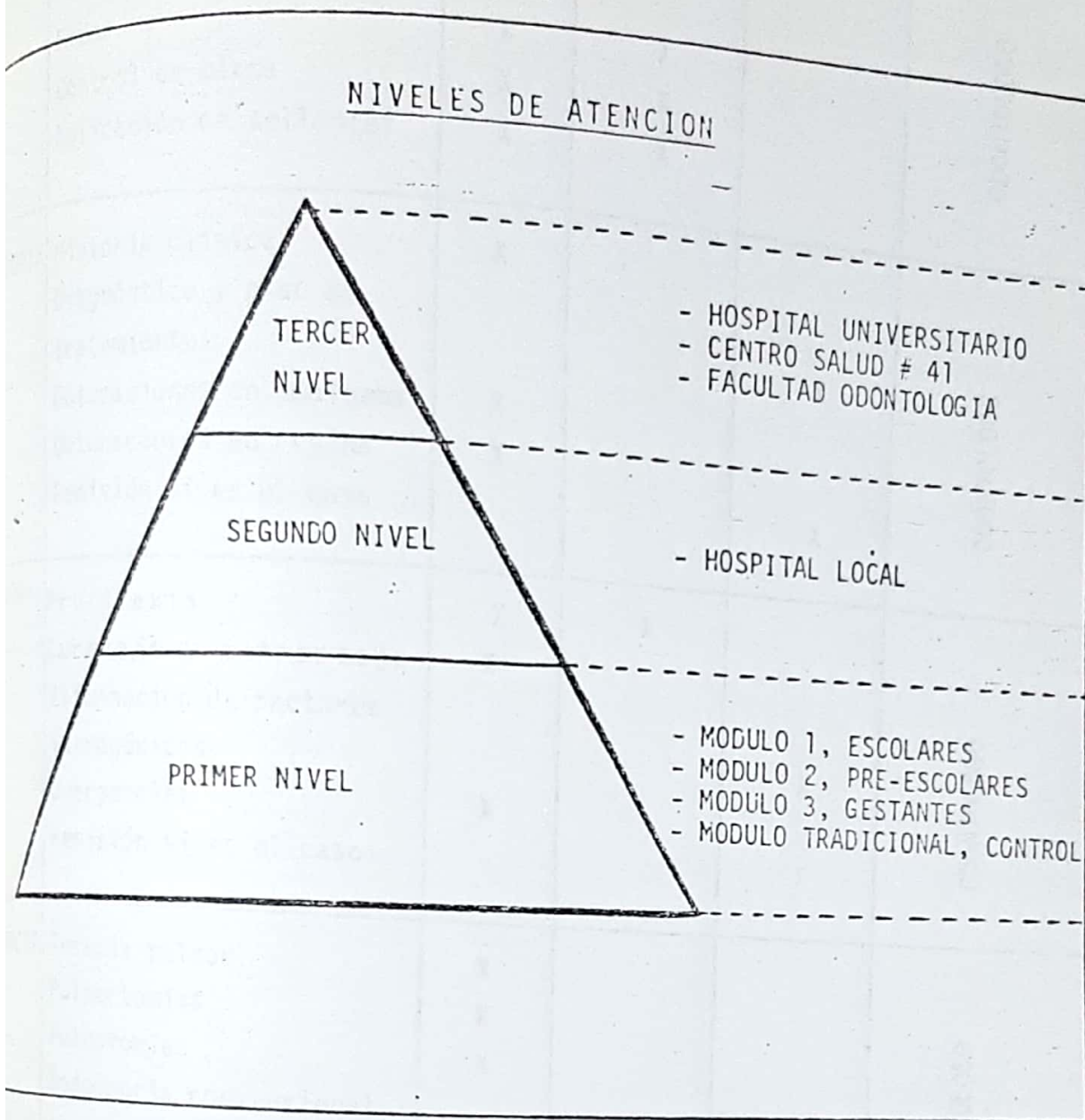
El tiempo necesario para terminar el tratamiento de cada paciente será de una o máximo de dos sesiones. Esto implica modificar la duración de la sesión para que en vez de fraccionar el tratamiento en múltiples sesiones se solucione el problema en una o dos visitas al Centro, lo cual representará una gran economía de tiempo para la paciente. Esto agilizará el servicio pues al dar de alta rápidamente a las pacientes ampliará la cobertura mediante la sistematización de la interconsulta odontológica de todo paciente en control prenatal.

Las actividades de módulos serán desarrolladas por odontólogos de la Secretaría de Salud y no representarán modificaciones en su horario de trabajo.

MODULO N° 4 (Tradicional)

La propuesta contempla que uno de los consultorios del área continúe prestando sus servicios en la forma tradicional, con el objeto de servir como punto de comparación con los modelos propuestos, mediante un estricto sistema de evaluación.

En desarrollo de este Modelo se organizarán los Módulos de Alta cobertura en el primer nivel de atención, y de estos saldrá la demanda a los otros dos niveles así:



Las actividades a desarrollar en estos niveles se presentan en los cuadros siguientes, aclarando que las actividades propuestas para el Primer Nivel se pueden ejecutar en los dos superiores, pero no todas las propuestas para los niveles superiores se pueden ejecutar en los niveles inferiores.

CATEGORIA	ACTIVIDAD	EJECUTOR			RESPONSABLE
		ALUMNO	HIGIENISTA	ODONTOLOGO	
PREVENTIVA	Educación sanitaria.	X			ODONTOLOGO
	Instrucción de cepillado	X	X		
	Aplicaciones tópicas de Fluor		X		
	Control de placa	X	X		
	Aplicación de sellantes	X	X		
DIAGNOSTICA	Historia clínica	X			ODONTOLOGO
	Diagnóstico y plan de tratamiento.				
	Obturaciones en amalgama	X		X	
	Obturaciones en resina	X			
GENERAL	Remisión si es el caso			X	ODONTOLOGO
	Profilaxis	X			
	Curetaje y detrartaje	X	X		
	Eliminación de factores iatrogénicos.				
	Emergencias	X		X	
ESPECIALIZADA	Remisión si es el caso			X	ODONTOLOGO
	Terapia pulpar	X			
	Pulpectomías	X			
	Pulpotomías	X			
	Endodoncia convencional en uniradicales			X	
Remisión si es el caso			X		

Continuación...)

CATEGORÍA	ACTIVIDAD	EJECUTOR			RESPONSABLE
		* ALUMNO	HIGIENISTA	ODONTOLOGO	
PREVENTIVA	Diagnóstico primario	x			ODONTOLOGO
	Pequeña cirugía			x	
	Pulpotomías	x			
	Pulpectomías	x			
	Tratamiento conductos	x			
Remisión a nivel super.			x		
PREVENTIVA	Diagnóstico primario			x	ODONTOLOGO
	Exodoncias			x	
	Pequeña cirugía			x	
	Drenaje de abscesos	x			
	Arreglo de rebordes alveolares para prótesis			x	
	Remisión al nivel super.			x	
PREVENTIVA	Reganadores de espacio	x			ODONTOLOGO
	Mantenedores de espacio	x			
	Planos inclinados	x			
	Remisión al nivel super.			x	

ALUMNOS DE IV SEMESTRE, PREVENTIVA.

ALUMNOS DE VIII SEMESTRE.

La responsabilidad se refiere a programación, supervisión y control de actividades (en cantidad y calidad). El profesional responsable será el odontólogo del Servicio de Salud o el del PAMI, de acuerdo a disponibilidad y planeación.

SEGUNDO NIVEL: HOSPITAL LOCAL

AREA	ACTIVIDAD	EJECUTOR			RESPONSABLE
		ALUMNO	HIGIENISTA	ODONTOLOGO	
ODONCIA	Tratamiento de conductos en molares	x			ODONTOLOGO
	Cirugía periapical			x	
	Remisión al nivel super.			x	
ODONCIA	Curetaje quirúrgico	x			ODONTOLOGO
	Cirugía periodontal con o sin injerto óseo			x	
	Ferulización por daño extenso en tejidos periodontales			x	
	Eliminación de traumas	x			
	Remisión a nivel super.			x	
ODONCIA ODONTOLOGIA ODONTOLOGIA ODONTOLOGIA	Diagnóstico definitivo			x	ODONTOLOGO
	Prescripción y/o remisión a nivel superior			x	
	Tratamiento quirúrgico			x	
	Drenaje intra y extra oral	x			
	Remisión a nivel superior			x	
ODONCIA	Reganadores y mantenedores de espacio y movimientos con placas activas.	x			ODONTOLOGO
	Alteraciones miofuncionales y de volumen óseo.			x	
	Remisión a nivel super.			x	

Continuación...)

AREA	ACTIVIDADES	EJECUTOR			RESPONSABLE
		*ALUMNO	HIGIENISTA	ODONTOLOGO	
ASISTENCIA clínica diagnóstica	Diagnóstico			X	ODONTOLOGO
	Prescripción o remisión a nivel superior			X	
	Tratamientos quirúrgicos			X	
	Reimplantes			X	
	Ferulización			X	
	Reducción de luxaciones de A.T. M.	X			
Remisión a nivel superior			X		

* ALUMNOS DE VIII SEMESTRE.

TERCER NIVEL: (HOSPITAL UNIVERSITARIO,
FACULTAD ODONTOLOGIA Y CENTRO SALUD 41)

ACTIVIDADES	EJECUTOR			RESPONSABLE
	*ALUMNO	HIGIENISTA	ODONTOLOGO	
Diagnóstico avanzado.	x			ODONTOLOGO
Prescripción	x			
Tratamiento quirúrgico	x			
Tratamiento de traumatismos buco-dento-maxilofaciales.			x	ODONTOLOGO
Fijaciones			x	
Cenélajes			x	
Férulas			x	
Reducción de fracturas			x	
Rehabilitación			x	ODONTOLOGO
Prótesis maxilofaciales			x	

ALUMNOS DE VIII SEMESTRE.

INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL A TRAVES DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA

COMUNIDAD	NIÑO	MADRE	ADULTO
Promover la participación comunitaria.	Dar atención de enfermería al menor de 5 años en los niveles de promoción y prevención.	Dar atención de enfermería a las madres según el enfoque de riesgo.	Dar atención de enfermería a los adultos de acuerdo a los programas médicos especiales e blecidos. Enfermedades trazado
Dar atención de enfermería a nivel domiciliario	Dar atención de enfermería al escolar en los niveles de promoción y prevención.		
I Semestre III Semestre	IV Semestre	V Semestre	VI Semestre
La comunidad	Centros de salud Guarderías Escuelas	Centros de salud Hospital Local	Centros de salud Hospital Local
Profesoras de la Facultad. Enfermeras Centros de Salud. Enfermera PAMI.	Profesoras de la Facultad. Enfermeras Centros de Salud. Enfermera PAMI.	Profesoras de la Facultad. Enfermeras Centros de Salud. Enfermera PAMI.	Profesoras de la Facultad. Enfermeras Centros de Salud. Enfermera PAMI.
<u>Primer Objetivo</u> -Motivación a los grupos de la comunidad. -Capacitación y supervisión de parteras. - Valoración en la comunidad de los problemas de salud. -Elaboración y ejecución de planes de acción.	<u>Primer Objetivo</u> -Educación en salud a las madres de los menores de 5 años. -Controles de crecimiento y desarrollo. -Visitas a niños con control especial. -Remisión de casos a nivel superior. - Vacunación	Capacitación de mujeres embarazadas. Control prenatal según la clasificación de riesgo. Educación en salud. Visitas a inasistentes o embarazadas con control especial.	Educación en salud. Control de enfermería a pacientes crónicos Control de enfermería a pacientes que son mitidos a cirugía.
<u>Segundo Objetivo</u> -Detección de problemas de salud a nivel de las personas o del medio ambiente.	<u>Segundo Objetivo</u> -Educación en salud a los escolares y los profesores de las escuelas.	Atención de partos de bajo riesgo. Atención de enfermería durante el puerperio inmediato.	Atención de urgencia

...ación...)

COMUNIDAD	Niño	MADRE	ADULTO
- Remisión de casos detectados. - Educación en salud. - Seguimiento a inasistentes.	- Valoración del estado de salud del escolar.	- Visita domiciliaria a las 48 horas. - Control de post-parto. - Consulta de planificación familiar.	

FACULTAD DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS. F. E. I.

La F.E.I. se propone adelantar Programas de Integración Docente Asistencial coordinándose con el PAMI a través de dos programas: El PAS (Administración de Servicios de Salud) y el PASOS (Administración de Servicios Sociales).

En tanto que el PAMI desarrolla modelos alternativos de prestación de servicios finales, los programas PAS y PASOS de la F.E.I. están dirigidos a reforzar la infraestructura administrativa a fin de mejorar su capacidad última de entrega de servicios, mediante el desarrollo de investigación operacional y diseño y experimentación de sistemas alternativos tendientes a mejorar la eficiencia de servicios.

Las siguientes serán las principales actividades a ser desarrolladas:

A) P A S

1. Internado Administrativo de estudiantes.
2. Investigación operacional.
3. Diseño y prueba de innovaciones.
4. Educación continuada del personal de los servicios.

Internado Administrativo

Se espera que los estudiantes del Post-grado hagan rotaciones por los organismos de salud con guías precisas para observar y analizar el funcionamiento de los servicios.

Con base en el análisis se propondrán innovaciones y/o se diseñarán investigaciones.

Investigación Operacional

Pretenderá profundizarse en aspectos que se observen como deficitarios en el funcionamiento de los servicios a fin de conocer sus causas y proponer y experimentar soluciones.

Diseño y Prueba de Innovaciones

Se propondrán innovaciones para el funcionamiento de los servicios y su administración en la medida en que se identifiquen áreas problema.

Dichas innovaciones se pondrán en práctica con un diseño experimental o pseudoexperimental que permita su evaluación.

La sistematización del proyecto anterior se puede sintetizar en el siguiente cuadro.

PROGRAMA ADMINISTRACION EN SALUD - PAS-

AREA	ACTIVIDAD	EJECUTOR	LUGAR	RESPONSABLE
INTERNADO ADMINISTRATIVO	Observación y análisis del funcionamiento de los servicios.	Estudiante Post-grado	Comunidad Centro S. Hosp.Local	Docente FEI
INVESTIGACION OPERACIONAL	Análisis de los aspectos deficitarios en el funcionamiento de los servicios.	Estudiante Postgrado	Supervisión Suministros	Docente FEI
DISERNO Y PRUEBA DE INNOVACIONES	Información, programación, control.	Estudiante Post-grado	Centro S. Hosp. Local	Docente FEI

B) P A S O S

1. Definición de los centros de costos.
2. Contabilización y estandarización de partidas y rubros de presupuestos.
3. Diseño de fórmulas para asignar costos fijos entre los diferentes centros de costos.
4. Cálculo de costos no-monetarios.
5. Medidas de cobertura y atención por centros de costos.
6. Estimación de demanda de inventarios.

Dentro de la parte de preparación de los funcionarios el programa adelantará las siguientes tareas:

- Elaboración de los correspondientes manuales de contabilidad.
- Preparación de programas y paquetes para el manejo diario de la contabilidad.
- Preparación de estadísticas obtenidas de la contabilidad de costos para el uso de la administración.
- Cursos de capacitación a los funcionarios del Hospital.

El cuadro siguiente muestra la duración esperada de cada tarea y el tipo de personal responsable.

PROGRAMA DE ADMINISTRACION Y CONTABILIDAD DE COSTOS

AREA	EJECUTOR			DURACION (meses del proyecto)
	Profesional Principal	Asistente Investigación	Auxiliar Programadores	
Asignación de centros de costos.	x			1, 2, 3, 4
Normalización de par- tes y rubros presu- puestales.	x	x	x	2, 3, 4, 5
Clasificación de asignación de costos fijos.	x	x	x	2,3,4
Control de costos no recurrerios.	x	x		4, 5
Asignación de cobertura de servicios por centros.	x	x		2, 3, 4, 5
Normalización de demanda de inventarios.	x	x	x	6, 7, 8
Normalización de manua- les de contabilidad.	x	x	x	9, 10
Normalización de paquetes de el manejo diario	x	x	x	6, 7, 8, 9
Normalización de estadís- ticas.	x	x	x	10, 11
Programación de capacitación	x	x	x	6, 9, 12