



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

EVALUACION DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER EN EL
DISTRITO DE SAN MIGUELITO, 1986.

Trabajo de graduación sometido a
la consideración de la escuela,
por el Dr. LUIS C. PIEDRA para
optar al título de Maestría en
Salud Pública.

Asesor: Dr. Everardo González Gálvez

1990

OCT 19 1990

Obs. del autor

23

PAGINA DE APROBACION

Aprobado por:

Director de Tesis *[Signature]*

Miembro del Jurado *[Signature]*

Miembro del Jurado *[Signature]*

Representante de la
Vice Rectoría de
Investigación y
Post-Grado *[Signature]*

Fecha 26-IX-1990

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre la
Profesora Manuela Murillo quien
siempre estará presente a lo
largo de mi vida.

A mi esposa Xenia Marilyn
y a mis hijas Ana Lorena y Ana
Gabriela Piedra, quienes son
estimulo para mi superación.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento especial al
Dr. Everardo González Gálvez, Profesor
Jefe del Departamento de Medicina
Preventiva y Social de la escuela de
Medicina y Profesor de la Escuela de
Salud Pública, de la Universidad de
Panamá. Sus consejos y guía fueron
estímulo fundamental para concluir
este trabajo de investigación.

Mi eterno agradecimiento a la
Doctora Enelka de Samudio, Profesora
de Odontología Social de la Facultad
de Odontología de la Universidad de
Panamá, gracias a cuya valiosa dirección
se realizó éste trabajo con la intención
de que sirva como un aporte a la Odonto-
logía Panameña.

Al Doctor Julio Sandoval,
Profesor de la Escuela de Salud
Pública, de la Facultad de Medicina,
Universidad de Panamá, agradezco su
apoyo, interés y brillantes observa-
ciones; en la realización de ésta
investigación.

INDICE GENERAL

	Página
Introducción.	
Capítulo I. Planteamiento del Problema.	1
Capítulo II. Marco Teórico.	30
Capítulo III. Objetivos:	66
A. General	
B. Específico.	
Capítulo IV. Metodología y Recursos.	68
Capítulo V. Resultados.	73
Capítulo VI. Análisis y Discusión.	117
Capítulo VII. Conclusiones y Recomendaciones.	127
Bibliografía.	130
Glosario de Términos.	133
Anexos.	135

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.		Página
1	Población, superficie y densidad de población de San Miguelito, por corregimiento. Año 1986.	6
2	Población del distrito de San Miguelito, por corregimiento; Años 1970, 1980 y 1986.	8
3	Población del distrito de San Miguelito, por grandes grupos de edad: Censo 1980.	13
4	Población de San Miguelito por sexo y edad para 1986.	14
5	Nacimiento y defunciones en el distrito de San Miguelito, por corregimiento: Año 1986.	16
6	Instalaciones de salud, recursos humanos y producción de servicios en el distrito de San Miguelito: Año 1986 (cifras preliminares).	19
7	Defunciones en el distrito de San Miguelito, según las diez principales causas de muerte: Año 1985 (p).	21
8	Distribución de la población que está bajo la responsabilidad del centro de salud de Torrijos Carter, residente en el corregimiento Belisario Porras. Por los siguientes grupos de edad. Año 1986	23
9	Distribución de la población que esta bajo la responsabilidad del centro de salud de Torrijos Carter y que reside en comunidades de Alcalde Díaz, por comunidad. Año 1986.	24

Cuadro No.		Página
10	Distribución de la población que esta bajo la responsabilidad del centro de salud de Torrijos Carter y que reside en Belisario Porras y Alcalde Díaz por corregimiento. Año 1986.	25
11	Centro de salud de Torrijos Carter. Población escolar de Torrijos Carter por escuela. 1986.	26
12	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Recursos humanos odontológicos existentes. 1986.	78
13	Región de Salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Población de odontólogos por habitantes. 1986.	80
14	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Proporción de asistentes por odontólogos. 1986.	81
15	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Población con acceso real a servicios de salud bucal. 1986.	83
16	Región de salud de San Miguelito. Población por grupos de edades del centro de salud de Torrijos Carter. 1986.	85
17	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Población atendida, porcentaje de la población. 1986.	87

Cuadro No.		Página
18	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter, población atendidas, por grupos de edad y/o programa, 1986.	88
19	Región de salud de San Miguelito. Población atendida en centros de salud de San Miguelito por grupo etario, 1986.	89
20	Pacientes atendidos (cobertura) en la región de salud de San Miguelito y en el centro de salud de Torrijos Carter, 1986.	91
21	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Salud bucal. Pacientes atendidos (cobertura) por grupos de edades y programas, 1986.	92
22	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Total de consultas odontológicas por grupo de edad y programa, 1986.	93
23	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Población beneficiada con agua fluorada, 1986.	94
24	Ministerio de Salud/Caja de Seguro Social. Evaluación del programa de Salud Bucal.	96
25	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Total de actividades preventivas y curativas por grupo de edad, 1986.	97
26	Ministerio de Salud/Caja de Seguro Social. Evaluación del programa de Salud Bucal. Región de Salud de San Miguelito.	99

Cuadro No.

Página

27	Ministerio de Salud/Caja de Seguro Social. Evaluación del programa de Salud Bucal. República de Panamá.	100
28	Región de Salud de San Miguelito. Recurso Humano y años físicos de los departamentos de Salud Bucal, 1986.	102
29	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Análisis del modelo de atención, 1986.	109
30	Región de salud de San Miguelito. Centro de Salud de Torrijos Carter. Productividad y producción de los recursos humanos, 1986.	113
31	Región de Salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Ingresos y egresos de Servicios finales intermedios y otros. 1986.	115
32	Región de salud de San Miguelito. Centro de salud de Torrijos Carter. Gasto promedio de la consulta odontológica, 1986.	116

INDICE DE GRAFICAS

INDICE DE FOTOGRAFIAS

Fotografía Número	Página
1 Odontólogos y Auxiliares del Centro de Salud de Torrijos Carter.	79
2 Departamento de Salud del Centro de Salud de Torrijos Carter.	104
3 Vista frontal del Centro de Salud de Torrijos Carter.	106
4 Vista lateral del Centro de Salud de Torrijos Carter.	107

INTRODUCCION

La Constitución Política de la República de Panamá (1972) establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República; y que el individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social. (1) En función de esto el Ministerio de Salud, que en esencia es un instrumento del Estado para el servicio de la población, ha desarrollado planes y programas para brindar atención integral en salud a la misma, a través de modelos de servicios eficientes y eficaces, cuyo costo el país pueda soportar. (5)

Panamá como miembro de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, ha venido participando en forma muy activa durante los últimos años, en la implementación de la estrategia de atención primaria, con el propósito de lograr la meta de "Salud para todos en el año 2,000", conceptualizada en la Declaración de Alma Ata en 1978.

Esta meta representa la clara determinación de la comunidad mundial de mejorar las condiciones de salud y

de bienestar de sus ciudadanos; concebida como una parte de un plan general de desarrollo social y económico tendiente a reducir el desequilibrio en la distribución del ingreso, eliminar la pobreza y lograr la justicia social. (3, 4)

La meta, al postular la consecución del máximo nivel de salud posible para todos los grupos que conforman una sociedad, considera la salud como uno de los componentes básicos del bienestar humano y reconoce que un nivel de salud dado está determinado por, y a la vez condiciona, ese nivel de bienestar.

Esta situación obliga a establecer amplios objetivos que reorienten las políticas, los planes y programas de salud de los países. Tales objetivos deben adecuarse a los propósitos de la Declaración de Alma Ata, así como, a las realidades nacionales.

Para el logro de la meta global se han establecido metas mínimas que los países deberían esforzarse por alcanzar, entre las cuales tenemos la relacionada con la cobertura de los servicios, donde se debe asegurar en el año 2,000, el acceso de los habitantes de cada país a los niveles apropiados de atención en salud. Así como

metas orientadas a lograr cambios cuantitativos y cualitativos que contribuyan a la satisfacción de las necesidades integrales de la población.

Las estrategias y el plan de acción para alcanzar salud para todos en el año 2,000, reconocen que los distintos grupos humanos que conforman una sociedad tienen oportunidades desiguales para satisfacer sus necesidades, y que por sus condiciones de vida, están expuestos a diversos conjuntos de riesgos que afectan con distinto grado de intensidad, sus niveles de salud y bienestar.

Por lo tanto, para los propósitos acordados, se define al grupo humano como un conjunto de individuos que tienen un perfil de oportunidades para satisfacer sus necesidades y que está expuesto a riesgos de salud derivados de condiciones biológicas, demográficas, sociales, económicas, del ambiente físico, cultural y político, así como de los servicios de salud recibidos. Por ello el sector salud en cada sociedad, posee características diferentes para los cuales se diseñan programas específicos. Estos programas deben ser analizados y revisados de manera permanente, a través del proceso de monitoría y evaluación que permitirá realizar la retroalimentación y ajustes necesarios a los mismos.

Concebida dentro de este enfoque se inscribe la salud bucal, que es uno de los componentes prioritarios de las políticas, planes y programas de salud del país.

En el año 1984 se reunió en San José, Costa Rica un grupo de expertos dentro del campo odontológico para analizar la estrategia de atención primaria y definir la articulación e integración de salud bucal en su implementación, para el logro de la Meta SPT-2,000. (2)

"La atención primaria es el conjunto de acciones orientadas a la identificación, prevención y solución de los principales problemas de la población afectada, la cual se produce como fruto de la participación consciente y organizada de la comunidad y de su cooperación con los organismos e instituciones de salud, así como de otros sectores. Estas acciones se concretan a través de la utilización de tecnologías apropiadas y recursos humanos puestos al alcance de todos los individuos y familias, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Esto constituye el primer nivel del Sistema Nacional de Salud y es, por consiguiente, un elemento primordial del desarrollo social y económico global de la comunidad. (2)

La atención primaria plantea algunos componentes estra-

tégicos, a escala nacional, entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

- Definición de prioridades, fundamentada en la investigación científica.
- Participación comunitaria en la planificación, ejecución y supervisión de actividades de salud.
- Coordinación intersectorial y la identificación de mecanismos de intercambio de conocimiento formal y popular.
- Extensión de cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
- Incremento de la capacidad operativa de los sistemas de salud.
- Fortalecimiento de los procesos de planificación, programación y evaluación de los sistemas nacionales de salud.
- Desarrollo administrativo.
- Extensión de la capacidad instalada.
- Disponibilidad y producción de insumos y equipos críticos.
- Formación y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento del sector.
- Cooperación internacional. (2)

Por otra parte plantea la necesidad de desarrollar actividades de investigación, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, utilizando para ello las estrategias siguientes:

- Establecer mecanismos que aseguren el desarrollo real de la salud bucal como un componente indisoluble dentro de la atención primaria de salud, concebida integralmente, evitando que se desvirtúe y se convierta en una estrategia paralela.
- Desarrollar la investigación en diferentes líneas.
- Desarrollar en forma efectiva la correlación de los niveles de atención del sistema de salud.
- Actualizar la estructura y el funcionamiento de los servicios de atención odontológica que así lo requieran, para hacer viable la aplicación de las acciones de atención primaria con el mejoramiento de su calidad y cobertura. (2)

Para el cumplimiento de las metas formuladas, se ha elaborado un plan global de acción, que incluye la evaluación sistemática de las políticas y programas nacionales, con el propósito de ayudar a la toma de decisiones y al ajuste y reorientación adecuada de los mismos.

En el año 1983 Panamá, después de realizar el diagnóstico de la situación existente, se rediseña el Programa Nacional de Salud Bucal, que tiene como objetivo fundamental "la atención integral de la población, dando prioridad a los grupos humanos sometidos a más riesgo y a la solución de los problemas más prevalentes; que serán determinados a través de la investigación científica en diferentes líneas, principalmente la investigación epidemiológica. (5)

La atención integral de los diferentes grupos de población comprende acciones preventivas y curativas de los problemas de salud bucal existentes.

Por otro lado, salud bucal ha señalado en las normas administrativas la necesidad de realizar la evaluación y monitoría de los programas, para la retroalimentación y ajuste de los mismos, lo que a su vez proporcionará la información necesaria para el funcionamiento adecuado de los servicios odontológicos. (18)

Sin embargo aún no están claramente definido los indicadores básicos de Salud Bucal y su uso y aplicación en la evaluación y monitoría global de los servicios odontológicos, en los diferentes niveles administrativos (nacional, regional y local).

De aquí la decisión de seleccionar el sector de Torrijos Carter, perteneciente al distrito de San Miguelito, para revisar el modelo de evaluación de ese nivel local, donde se utilizaran indicadores que permitan tener una información básica sobre la oferta de los servicios odontológicos, de manera que al analizar los datos se pueda formular conclusiones y recomendaciones de utilidad para el país.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La República de Panamá dada sus características económicas y sociales pertenece a los países denominados en desarrollo. Para el año 1986 tiene una población estimada de 2,227,200 habitantes en una superficie territorial de 77,082 Km². (14)

En estudios epidemiológicos parciales realizados por los servicios de salud y la docencia, se ha encontrado que la caries dental, las enfermedades periodontales y los problemas de maloclusión, son los problemas más prevalentes que afectan la salud bucal de la población panameña. (5)

Por otro lado, el 42.6% de la población está recibiendo los beneficios de agua fluorada que es considerada la medida gubernamental más importante en la prevención de las caries dental. (13)

En 1986 en el país hay un total de 720 Odontólogos, de los cuales el mayor porcentaje está ubicado en la ciudad capital y en las cabeceras de las provincias. De estos, 450 aproximadamente, están laborando en los servicios públicos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social y representan el 61% del total. (13)

El sistema estatal de atención odontológica se caracteriza por ser limitado, de baja cobertura y de alto costo. En los últimos años la cobertura no ha sido mayor del 10% de la población.

La condición de salud bucal prevalente así como las limitaciones de recursos humanos y financieros y el sistema de atención tradicional vigente, plantea la necesidad de buscar otras alternativas para la prestación de los servicios de salud bucal a la población.

Frente a esto el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud ha iniciado estrategias como son:

1. La formación de recursos humanos para la salud bucal, específicamente orientados de acuerdo a la realidad concreta de cada sociedad, enfatizando en la prevención más que en la reparación del daño.

2. Poner en práctica y desarrollar una verdadera integración docente-asistencial, cerrando así la brecha existente entre la formación y la utilización de los recursos humanos.

3. Impulsar en forma efectiva la investigación científica.

4. Enfrentar la problemática a través del trabajo en equipo.

5. Educación en salud a la población.
6. Utilización al máximo de las medidas preventivas.
7. Participación activa de la comunidad en los planes y programas de salud, a través de las organizaciones populares, desmonopolizándose así el conocimiento y la práctica odontológica.
8. Extender la cobertura de los servicios de salud bucal, por medio del diseño de nuevos sistemas de atención y de acuerdo a los niveles de atención que se establezcan. (5)

Por otro lado la necesidad de ampliar o extender la cobertura de servicios a la población, tanto cualitativa como cuantitativa, precisa de algún tipo de información que nos permita evaluar la eficacia, eficiencia y efectividad de los mismos. Lo anterior permitirá a su vez ajustar estos programas a la realidad encontrada.

El distrito de San Miguelito está situado en el extremo Sur Oeste del distrito de Panamá, limita al Norte con el corregimiento de Chilibre, al Sur y al Este con la ciudad de Panamá y al Oeste con la franja canalera. Para 1986 esta dividido en 5 corregimientos que son:

Amelia Denis de Icaza

Belisario Porras

José Domingo Espinar

Mateo Iturralde

Victoriano Lorenzo

Tiene una extensión territorial de 513 Km². Esta superficie constituye el 0.07% de la superficie total del país. La población de San Miguelito para 1986 es de 221,512 habitantes, que representa el 10.0% de la población total de la República. La densidad de población es de 4,318 habitantes por Km², que es alta, si se compara con la densidad promedio nacional que es de 29 habitantes por Km². (Ver Anexo No. 1, Mapas).

El corregimiento de Mateo Iturralde (1.2 Km²) tiene una densidad de 13,923 habitantes por Km², el de Victoriano Lorenzo (1.7 Km²), de 13,582 habitantes por Km², el de Amelia Denis de Icaza (3.2 Km²) de 10,806 habitantes por Km², el de Belisario Porras (21.0 Km²) de 5,203 habitantes por Km² y el de José Domingo Espinar (24.2 Km²) de 1,565 habitantes por Km². (Cuadro No. 1).

Durante la década del 70 el distrito de San Miguelito observó un crecimiento poblacional debido a las altas tasas de natalidad y a la inmigración

CUADRO No. 1

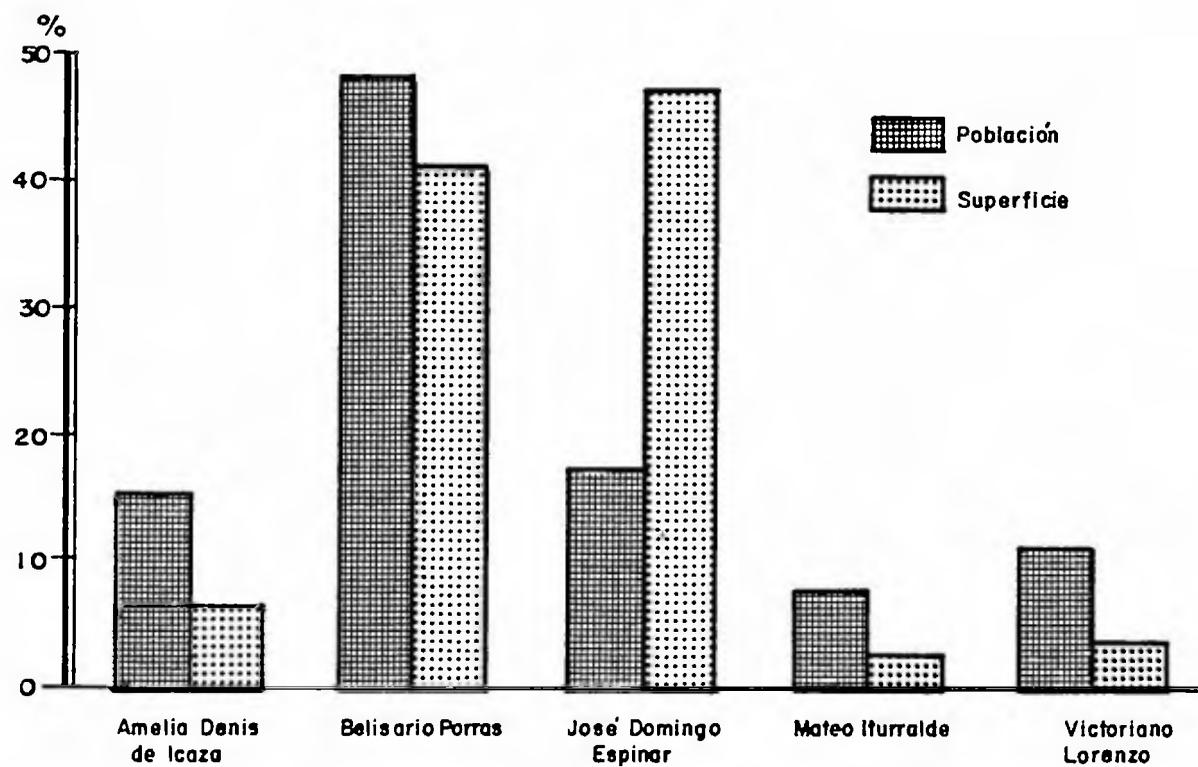
POBLACION, SUPERFICIE Y DENSIDAD DE POBLACION DE
SAN MIGUELITO, POR CORREGIMIENTO; AÑO 1986.

Corregimiento	Población	Superficie Km ² .	Habitantes por Km ²	Porcentaje	
				Población	Superficie
Total	<u>221,512</u>	<u>51.3</u>	<u>4,318</u>	<u>100.00</u>	<u>100.00</u>
Amelia Denis De Icaza	34,578	3.2	10,806	15.61	6.24
Belisario Porrás	109,260	21.0	5,203	49.32	40.94
José Domingo Espinar	37,877	24.2	1,565	17.10	47.17
Mateo Iturralde	16,708	1.2	13,923	7.54	2.34
Victoriano Lorenzo	23,089	1.7	13,582	10.42	3.31

Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Censos Nacionales de 1980, Volumen VII. Sectores Censales de los distritos de Panamá, San Miguelito y Colón, Proyecciones de Población del Distrito de San Miguelito, por corregimiento.

Gráfica N° 1

AREA DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION Y DE LA SUPERFICIE
POR CORREGIMIENTO: AÑO 1986



proveniente del distrito de Panamá y del interior de la República. En el período 1980 - 1986 la población de San Miguelito continuo creciendo pero a un ritmo menor debido a un freno selectivo de la migración hacia algunos de sus corregimientos.

El corregimiento con mayor crecimiento de población en el período 1970 - 1986 fue Belisario Porras, con 13.37 por cada 100, anualmente; seguido de José Domingo Espinar que registra un incremento de 8.14% por ciento. Estos dos (2) corregimientos representan el 88.1 por ciento de la superficie total del distrito. Belisario Porras tiene 18 lugares poblados o barriadas y José Domingo Espinar 20 sectores (Cuadro No. 2). En 1986 la población de ambos corregimientos suman 147,137 que es el de 66.4% de la población total de San Miguelito.

Las barriadas de Belisario Porras donde se produjo un mayor crecimiento de la población fueron: Samaria, Nuevo Veranillo, San Isidro, Santa Librada, El Valle de San Isidro, Cerro Batea, Los Andes No. 2 y Santa Marta. Actualmente la población de estos barrios es de aproximadamente 80,000 habitantes. Aún cuando el corregimiento de Belisario Porras se considera 100% urbano, una gran parte de su población reside en viviendas precarias,

CUADRO No. 2

POBLACION DEL DISTRITO DE SAN MIGUELITO, POR CORREGIMIENTO;
AÑOS 1970, 1980 Y 1986.

Corregimiento	1970 (a)	1980 (a)	1986	Tasa de crecimiento		
				1970-1986	1970-1980	1980-1986
Total	70,298	160,000	221,512	7.44	8.57	5.57
Amelia Denis De Icaza	17,740	24,626	34,518	4.26	3.33	5.82
Belisario Porras	14,673	81,746	109,260	13.37	18.74	4.95
José Domingo Espinar	10,826	23,853	37,877	8.14	8.22	8.01
Mateo Iturralde	12,064	12,500	16,708	2.06	0.36	
Victoriano Lorenzo	14,995	17,275	23,089	2.73	1.42	4.95

(a) Censos de población corregidos por omisión.

Fuente: Contraloría General de la República. Dirección de Estadística y Censo. Estadísticas Panameñas, Boletín No. 970. Proyecciones de Población por Provincia y Distrito, marzo 1985 y Proyecciones de Población del Distrito de San Miguelito, por corregimiento.

situada en terrenos escabrosos, sin calles, lo que dificulta la dotación de los servicios básicos como son: agua, alcantarillado, disposición de excretas, recolección de basuras, etc., y el garantizarles un adecuado estado de salud. Los asentamientos espontáneos de este corregimiento son un serio problema para la economía del distrito.

El corregimiento de José Domingo Espinar cuenta con barriadas que cumplen con los requisitos y normas que caracterizan una urbanización, tanto en lo referente a su infraestructura básica como al material duradero con que están construídas las viviendas. Esto contribuye al encarecimiento de las propiedades constituyendo un freno importante para la migración masiva hacia este sector. En este corregimiento el crecimiento poblacional ha estado apoyado en el desarrollo de urbanizaciones como: Cerro Viento, Villa Guadalupe, ciudad Jardín San Antonio, Fuerza y Luz y Automotor que actualmente tienen una población de 29,000 habitantes.

En el período 1970 - 1986 Amelia Denis De Icaza presenta un crecimiento anual de 4.26. Su crecimiento poblacional se ha producido mayormente en 4 de sus 9 lugares poblados que son: Pan de Azúcar, Nuevo Veranillo,

9 de Enero y Fátima que para 1986 poseen aproximadamente 26,600 habitantes. La reducida extensión territorial (3.2 Km^2), el porcentaje alto de terreno urbanizado y la carencia de tierras baldías son los determinantes más importantes de la reducción del flujo migratorio hacia este corregimiento.

Los corregimientos de Victoriano Lorenzo y Mateo Iturralde constituyen los de menor crecimiento relativo de sus poblaciones, durante el período 1970-1986, siendo de 2.7 y 2.1 por ciento anual respectivamente. La reducida extensión territorial (menos de 3.0 Km^2) y el número de establecimientos comerciales y de servicios situados en sus áreas que restan espacios a unidades habitacionales, son las causas de su bajo crecimiento poblacional.

En resumen tenemos que el Distrito de San Miguelito cuenta con 56 lugares poblados, de los cuales 22 constituyen los de mayor crecimiento de la población, representando para 1986 el 81.4% del total de la población.

PRINCIPALES INDICADORES DEMOGRAFICOS, SOCIALES
Y ECONOMICOS.

La composición o estructura de la población por sexo y edad incide en la demanda de bienes y servicios básicos o esenciales como son la infraestructura educativa, las oportunidades de empleo, las necesidades de nuevas unidades de habitación, así como los servicios médicos y sociales para niños, adolescentes, adultos o de edad media, y de la 3a. edad, entre otros.

La composición de la población por sexo y edad es el resultado de las tendencias pasadas de la natalidad, la mortalidad y la migración, a su vez ella influye en las tasas vitales brutas y en las tasas de crecimiento de la población, en razón de que los nacimientos, las defunciones y las migraciones ocurren con desigual frecuencia en las distintas edades; la misma constituye la más esencial de las características demográficas.

Para el censo de 1980 la población total de San Miguelito era de 156,611 habitantes. Los menores de 15 años eran 62,158, lo que representaba el 39.7% de la totalidad de la población. La población de 15 - 64 que comprende a la población económica activa era de 90,809

habitantes, lo que representaba el 58% de la población total. La población de 65 años y más era de 3,644, que representa el 2.3% de la población total. (Cuadro No.3)

En el año 1986 la población total de San Miguelito es de 221,512 habitantes. Los menores de 15 años son 80,719 que representan el 36.4% de la población total. La población de 20 - 59 años son un total de 131,202 habitantes que representan el 59.2% de la población. Del total de la población el 49.3% corresponden al sexo masculino y 50.7 al sexo femenino (ver Cuadro No. 4).

CUADRO No. 3

POBLACION DEL DISTRITO DE SAN MIGUELITO,
POR GRANDES GRUPOS DE EDAD: CENSO 1980.

Grupos funcionales de edad.	Número de habitantes	%
Total	156,611	100.0
-15	62,158	39.7
15 a 64	90,809	58.0
65 y +	3,644	2.3

Fuente: Contraloría General de la República.
Dirección de Estadísticas y Censo.
Panamá en Cifras, 1982-1986.
Censo de 1980.

CUADRO No. 4

POBLACION DE SAN MIGUELITO
POR SEXO Y EDAD PARA 1986.

Edad	Total	%	Masculino	Femenino
0 - 4	26,445	11.9	13,509	12,936
5 - 14	54,274	24.5	27,419	26,855
15 - 19	26,718	12.1	12,702	14,016
20 - 59	131,202	59.2	63,715	67,487
60 + +	9,591	4.3	4,503	5,088
Total	221,512	100.0	109,146	112,366
%	100		49.3	50.7

Fuente: Departamento de Estadística del Area Sanitaria de San Miguelito.

Natalidad y mortalidad.

En la década del 80 aumentó en San Miguelito el número de nacimiento, sin embargo, la tasa de natalidad del distrito disminuye de 33.4 por cada mil habitantes en 1970 a 26.04 en 1986. A nivel de corregimiento se presenta una variación de las tasas (Cuadro No. 5).

En el año 1986 se registraron 5,769 nacimientos en el distrito de San Miguelito, de los cuales el 95.5% ocurrieron en el Hospital Santo Tomás y en el Hospital de la Caja de Seguro Social, y el 4.5% restante en hospitales y clínicas privadas.

El corregimiento José Domingo Espinar registra la menor tasa bruta de natalidad y Belisario Porras ostenta la mayor (14.28 y 34.54 respectivamente). Amelia Denis De Icaza, Mateo Iturralde y Victoriano Lorenzo registra tasas de natalidad entre 18.0 y 22.0 por cada mil habitantes. Destacándose una correlación inversa entre el grado de urbanismo y la tasa de natalidad, presentándose a mayor desarrollo urbanístico menor tasa de natalidad.

CUADRO No. 5

NACIMIENTO Y DEFUNCIONES EN EL DISTRITO DE SAN MIGUELITO,
POR CORREGIMIENTO: AÑO 1986. (a)

Corregimiento	Población	NATALIDAD		Mortalidad		Mortalidad Infantil	
		Número	Tasa (1)	Número	Tasa (1)	Númerc	Tasa (2)
TOTAL	<u>221,512</u>	<u>5,769</u>	<u>26.04</u>	<u>633</u>	<u>2.86</u>	<u>58</u>	<u>10.05</u>
Amelia Denis De Icaza	34,578	673	19.46	110	3.18	6	8.92
Belisario Porras	109.260	3,774	34.54	355	3.25	48	12.72
José Domingo Espinar	37,877	541	14.28	66	1.74	1	1.84
Mateo Iturralde	16,708	366	21.91	51	3.05	1	2.73
Victoriano Lorenzo	23,089	415	17.97	51	2.21	2	4.82

(a) Cifras preliminares.

(1) Por mil habitantes.

(2) Por mil nacidos vivos.

Fuente: Departamento de Estadística de la Región Metropolitana de Salud.

En el Distrito de San Miguelito se han presentado mejoras en los indicadores de salud.

La esperanza de vida al nacer para 1970 fue de aproximadamente un promedio de 71.5, incrementándose a un promedio de 75.6 en 1986. La tasa bruta de mortalidad en el distrito varió sensiblemente, de 4.21 muertes por cada mil habitantes en 1970 a 2.86 por cada mil habitantes en 1986. En el corregimiento de José Domingo Espinar se registró una tasa de 1.74 muertes por cada mil personas. Amelia Denis De Icaza, Belisario Porras y Mateo Iturralde registraron entre 3.1 y 3.3 defunciones por cada mil habitantes.

Esta disminución se acredita principalmente al progreso técnico logrado en la prevención y control de las enfermedades y al crecimiento y expansión de los servicios médicos y sanitarios, entre los cuales podemos mencionar los servicios de atención pre-natal, a la extensión de los servicios de suministro de agua potable tanto en áreas urbanas como rurales, al mejoramiento de las viviendas, a la extensión de los servicios de disposición de excretas, al mejoramiento de la educación para la salud y a la aplicación de medidas preventivas específicas de eficacia comprobada.

En 1970 la tasa de mortalidad infantil fue de 40.9 muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos. En 1986 la tasa de mortalidad infantil había sufrido un descenso significativo, siendo aproximadamente de 10.05 muertes de menores de 1 año por cada mil nacidos vivos.

En el cuadro No. 5 José Domingo Espinar presenta la menor tasa de mortalidad infantil y Belisario Porrás la más alta (1.84 y 12.72 muertes por cada mil nacidos vivos respectivamente).

INSTALACIONES, RECURSOS HUMANOS Y PRODUCCION DE SERVICIOS.

La población de San Miguelito recibe atención integral en las diversas instalaciones de salud, la cual es brindada por un equipo de profesionales, técnicos y auxiliares de diversas disciplinas.

Si consideramos la dimensión de la población de este distrito, el mismo cuenta con muy pocos recursos físicos y humanos.

Los servicios preventivos y curativos en el año 1986 se proporcionan en cinco (5) centros de salud y dos (2) policlínicas (Ver Cuadro No. 6). El Distrito contaba con 7.3 médicos, 3.2 enfermeras, 4 auxiliares de enfermería y 2.2 odontólogos por cada 10,000 habitantes.

CUADRO No. 6

INSTALACIONES DE SALUD, RECURSOS HUMANOS Y PRODUCCION DE
SERVICIOS EN EL DISTRITO DE SAN MIGUELITO: AÑO 1986.
(Cifras Preliminares).

<u>Instalaciones, Recursos y Producción de Servicios.</u>	<u>Número</u>
<u>Instalaciones de salud</u>	
Centros de salud	5
Policlínicas	2
<u>Recursos humanos</u>	
Médicos	161
Enfermeras	72
Auxiliares de Enfermería	89
Odontólogos	47
Laboratorista	40
Nutricionista	7
<u>Producción de Servicios (consultas).</u>	
Maternal	25,937
Pediátrica	80,980
Adultos	47,103
Odontología	101,214
Dermatología	2,036
Psiquiatría	3,279
Neumología	497
Otorrinolaringología	283

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadística de la Región Metropolitana.

Sin embargo dada la ubicación geográfica del distrito, su población tiene a los hospitales nacionales, a los centros de salud y policlínicas del centro de la ciudad capital.

En cuanto a la producción de servicios de salud el mayor porcentaje se dá en las consultas pediátricas, seguida de las consultas de adultos y en menor medida las consultas a maternales. La población materno infantil demandó un total de 106,917 consultas y la población de adultos 47,103 consultas.

Los avances en la implementación de sistemas de agua potable, de eliminación de excretas y de eliminación de desechos. Así como la extensión de cobertura de los servicios de atención integral de la salud de la población, ha permitido controlar las enfermedades infecciosas y parasitarias, disminuyendo el número de defunciones debidas a estas causas. No obstante se ha producido un incremento de la mortalidad por afecciones degenerativas, en particular el cáncer y las enfermedades del corazón y el sistema circulatorio, debido principalmente a la estructura de edad, los estilos de vida y las tensiones a la que estan sometidas los grupos de población en áreas urbanas y de mayor desarrollo (Cuadro No. 7).

CUADRO No. 7

DEFUNCIONES EN EL DISTRITO DE SAN MIGUELITO, SEGUN
LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE: AÑO 1985 (p)

Causas (1)	Defunciones	
	Número	Porcentajes
Total	<u>640</u>	<u>100.0</u>
Tumores malignos.	93	14.5
Accidentes, suicidios, homicidios y otras violencias.	80	12.5
Enfermedades isquémicas del corazón.	77	12.0
Ciertas afecciones originadas en menores de 1 año.	72	11.3
Enfermedad cerebro vascular.	67	10.5
Anomalías congénitas.	28	4.4
Neumonía.	26	4.1
Enfermedades de la circulación, pulmonar y otras formas de en- fermedades del corazón.	22	3.4
Diabetes mellitus.	17	2.6
Bronquitis, enfisema y asma.	13	2.0
Las demás causas.	145	22.7

(p) Cifras preliminares.

(1) Con base en la lista de mortalidad de la clasificac-
ción internacional de enfermedades (9a. Rev.).

Fuente: Ministerio de Salud - Departamento de Estadística.

El centro de salud de Torrijos Carter se encuentra ubicado en el Corregimiento Belisario Porras del Distrito de San Miguelito, con una población bajo su responsabilidad de 47,004 habitantes para el año 1986, los cuales en su mayoría han migrado del interior del país (Azuero, Veraguas y Darién), y del área vieja de la ciudad (Región Metropolitana). Esta población contempla el 32.1% de la población de Belisario Porras y parte proviene del Corregimiento de Alcalde Díaz, por accesibilidad geográfica (Ver Cuadros 8, 9, 10).

El Corregimiento Belisario Porras está delimitado al Norte con el asentamiento de Nuevo Progreso en Alcalde Díaz, al Sur por Cerro Batea, al Este por el Corregimiento José Domingo Espinar y al Oeste por Santa Librada (Ver Anexos No. 1, Mapas).

Los vías de acceso son carreteras pavimentadas y hay facilidades en transporte colectivo. Cuenta con un sistema de teléfonos públicos y se ha iniciado la instalación de los intradomiciliarios.

El índice de analfabetismo es de 8%. Se cuenta con dos (2) escuelas primarias y tres (3) pre-kinder, con una población de 4,122 escolares. (Ver Cuadro No. 11)

CUADRO No. 8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION QUE ESTA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER, RESIDENTE EN EL CORREGIMIENTO BELISARIO PORRAS*, POR LOS SIGUIENTES GRUPOS DE EDAD, AÑO 1986.

EDAD				POBLACION
TOTAL.....				41,407
-	de	1	año	914
1	-	4	"	3,602
5	-	9	"	4,667
10	-	14	"	
15	-	19	"	3,763
20	-	24	"	3,316
25	-	29	"	3,165
30	-	34	"	2,637
35	-	39	"	2,034
40	-	44	"	1,402
45	-	49	"	971
50	-	54	"	758
55	-	59	"	495
60	y	más	"	1,012

* Representa el 32.1 de la población total del Corregimiento Belisario Porras.

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter.

CUADRO No. 9

DISTRIBUCION DE LA POBLACION QUE ESTA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER Y QUE RESIDE EN COMUNIDADES DE ALCALDE DIAZ, POR COMUNIDAD. AÑO 1986

COMUNIDAD	POBLACION
TOTAL	<u>5,597</u>
Villa Milagro	430
El Colmenar	852
Nuevo Progreso	900
Los Lirios No. 1	640
Edgardo Verraza	370
Nueva Libita	760
El Mirador	1,145
El Esfuerzo	500

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter.

CUADRO No. 10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION QUE ESTA BAJO LA RESPONSABILIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER Y QUE RESIDEN EN BELISARIO PORRAS Y ALCALDE DIAZ POR CORREGIMIENTO. AÑO 1986.

CORREGIMIENTO	POBLACION
TOTAL	47,004
Belisario Porras	41,407
Alcalde Díaz	5,597

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter.

CUADRO No. 11

CENTRO DE SALUD TORRIJOS CARTER. POBLACION
ESCOLAR DE TORRIJOS CARTER, POR ESCUELA. 1986

. ESCUELAS	POBLACION
Total	<u>4,122</u>
Torrijos Carter	2,293
Santa Marta	1,401
Pre-Kinder Kathiuska	255
Pre-Kinder Miriam	130
Pre-Kinder Miroslava	43

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de
Salud de Torrijos Carter.

El 33% de la población está ubicada en áreas urbanas y el 67% en áreas rurales o semirurales.

El 73% de su población es derecho habiente de la Caja de Seguro Social, donde los cotizantes son funcionarios del gobierno y de empresas privadas. Un porcentaje se dedica a la agricultura o bien laboran en pequeñas empresas como son fábricas de bloques (3), panaderías (3), lavamáticos (4), tienda y minisuper (2), entre otras, que están ubicadas en la comunidad.

Las viviendas son de bloques, madera y zinc o de madera y zinc. El agua proviene de plantas potabilizadoras, donde algunos poseen instalaciones intradomiciliarias y otros extradomiciliarias (plumas públicas); así como de acueductos comunales.

Se ha logrado que un gran porcentaje de la población posean adecuadas formas de disposición de excretas. La basura es recolectada en forma colectiva por el DIMA o empresas privadas financiadas por fondos municipales o bien es enterrada o incinerada.

En cuanto a tenencia de tierra un gran porcentaje son propietarios, y otros son precaristas que invaden los terrenos existentes, formando los llamados asentamientos espontáneos. El ingreso per cápita oscila entre 100 y 250 balboas.

Entre las principales causas de mortalidad infantil (certificados o no, por médicos), tenemos:

- a. Mortalidad perinatal no específica.
- b. Infecciones respiratorias agudas.
- c. Infecciones intestinales.

Entre las principales causas de mortalidad general tenemos:

- a. Enfermedades cardíacas.
- b. Accidentes, suicidios y homicidios.
- c. Enfermedades respiratorias.

Entre las principales causas de morbilidad infantil:

- a. Infecciones respiratorias.
- b. Enfermedades diarréicas.
- c. Enfermedades de la piel.
- d. Parasitarias.
- e. Trastornos del aprendizaje.

En cuanto a producción de servicios de salud se desarrollan los programas tales como: el Programa Materno Infantil, el Programa Maternal, el Programa de Adulto, el de Saneamiento Ambiental, el Programa de Salud Bucal y el Programa de Salud Mental y el de Control de Alimentos y

Vigilancia Veterinaria, entre otros. Cuenta con un Equipo Multidisciplinario Básico y posee una capacidad de resolución de problemas que por sus recursos humanos, físicos y de equipamiento, corresponde al de un Centro de Salud del Primer Nivel de Atención (Ver Anexos No. 2 y 3).

El Distrito de San Miguelito cuenta con otras instalaciones de salud como son los Centros de Salud de San Isidro, Amelia Denis De Icaza, Cerro Batea y Nuevo Veranillo, así como las Policlínicas de la Caja de Seguro Social de Guadalupe y Santa Librada, quienes conjuntamente con el Centro de Salud de Torrijos Carter son responsables de la atención en salud de una población de 231,920, habitantes para 1986, que residen en una extensión territorial de 51.2 km².

Al igual que en el resto del país la población de Torrijos Carter presenta una alta prevalencia de caries dental, enfermedad periodontal y problemas de maloclusión.

El personal de odontología está integrado por dos odontólogos de: 12 horas, una asistente de odontología con funciones amplias y una auxiliar de odontología para brindar atención integral básica a los diferentes grupos de población, según lo establece el programa.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

Panamá ha considerado que uno de los componentes prioritarios de la atención integral a los diferentes grupos de población, es el cuidado de la salud bucal, en cuyo diseño y perfeccionamiento participaron profesionales de la odontología del Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Facultad de Odontología y Asociación Odontología Panameña, con la Cooperación Técnica de la OPS/OMS, durante un seminario taller convocado especialmente con este propósito, en septiembre de 1983.

El Programa Nacional de Salud Bucal es un componente prioritario del Programa de Salud de Panamá y está inscrito en la estrategia de atención primaria, para el logro de la meta SPT/2,000, así como en las políticas nacionales de salud, según la cual todos los individuos tienen derecho a la salud y a la misma es responsabilidad del Estado.

En este programa se consideran las características socio-económicas y la problemática del país, con el objeto de promover, proteger, conservar, restituir y rehabilitar la salud bucal de la población, con la real participación de la comunidad en las acciones que se lleven a cabo como son:

a. Fomento y desarrollo de la investigación aplicada y teórica del proceso-salud enfermedad bucal en los fenómenos más prevalentes, que permitan la producción de conocimientos acerca de la realidad nacional en este campo.

b. Prestación de servicios de salud bucal integral, en un orden de prioridad a los diferentes grupos de la población.

c. Prevención integral de salud bucal con participación activa de la comunidad, en la planificación, ejecución y evaluación de programas de atención primaria.

ch. Implementación de estos servicios, a través de modelos de atención eficientes y eficaces, con un equipo odontológico compuesto por odontólogos y personal auxiliar de diferentes tipos o categorías.

d. Desarrollo de un programa de educación permanente para personal odontológico, así como la formación del recurso humano necesario para atender el proceso salud enfermedad bucal.

e. Desarrollo del proceso docencia servicio para la formación de un recurso humano más acorde a la realidad del país. (5)

El Programa Nacional de Salud Bucal considera que la estrategia de atención primaria es fundamental para alcanzar mejores niveles de salud de la población.

Este programa se basa en las nuevas concepciones del proceso salud enfermedad, que está determinado por una serie de condicionantes que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos poblacionales, la aparición de riesgos característicos, que se manifiestan en forma de perfiles de enfermedad o de salud, de los cuales la salud bucal es una parte importante. Bajo este criterio se señala que la investigación científica es necesaria, para generar el conocimiento global acerca del proceso salud enfermedad de la población, permitiendo interpretar y transformar la realidad a través de planes y programas de salud bucal, adecuados a las exigencias generales y particulares. Por otra parte, los programas alternativos de salud bucal deben ser accesibles, con una concepción de atención integral, donde se hace énfasis en las acciones de educación, promoción y prevención.

Será también de gran importancia la incorporación de la comunidad con su saber vulgar, el desarrollo de la tecnología apropiada y el uso de personal odontológico

de diferentes categorías, para la implementación de modelos de atención eficientes y eficaces. El modelo de práctica adoptado, determinará el modelo educativo, para la formación del recurso humano, por lo que la conjunción de esfuerzos, entre las instituciones productoras de servicios y las formadoras del recurso, es necesaria, a través del proceso docencia servicio. Por otro lado, el personal existente debe tener una permanente capacitación en los aspectos técnicos y administrativos para su mejor participación en los programas establecidos.

El Programa Nacional de Salud Bucal establece como objetivos general:

"Promover, proteger, conservar, restituir y rehabilitar la salud de la población panameña a través de un programa integral que combata la enfermedades bucales, dando prioridad a los grupos humanos sometidos a mayor riesgo y a los problemas más prevalentes".

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

1. Lograr un alto nivel de salud bucal actuando con mayor prontitud y eficacia en los diferentes niveles de prevención y atención, con el conocimiento de la situación de salud existente mediante la investigación científica.

2. Contribuir a incrementar el bienestar humano participando en un amplio programa educativo, con la finalidad de interesar a la población en la conservación y cuidado de su salud bucal, como componente prioritario de la salud integral. Así mismo, en la utilización de los recursos existentes con la mayor eficiencia social posible.

3. Reducir la incidencia y prevalencia de caries dental, enfermedades periodontales y otras lesiones susceptibles de ser controladas o reducidas, mediante la utilización y promoción del uso de métodos preventivos de eficacia comprobada.

4. Disminuir la pérdida de dientes como también de otros procesos patológicos que se presenten a través del diagnóstico y tratamiento precoz de las afecciones de la cavidad bucal.

5. Limitar el daño ocurrido en los tejidos de la cavidad bucal.

6. Rehabilitar la capacidad masticatoria y mejorar el aspecto estético de las personas.

Para el desarrollo del mismo se formularon las estrategias siguientes:

1. Desarrollar la metodología científica en el campo específico de la salud bucal para llevar a cabo investigación en diferentes líneas de trabajo.
2. Realizar diagnóstico socio-epidemiológico a nivel nacional para conocer la realidad del país.
3. Desarrollar investigación en el nivel clínico patológico y biopatológico relacionándolos con los resultados obtenidos de los estudios socio-epidemiológicos.
4. Promover la participación de los componentes de la práctica de salud bucal como son: las instituciones formadoras del recurso humano, el gremio y la comunidad para el desarrollo del Programa Nacional de Salud Bucal.
5. Incrementar medidas preventivas de eficacia comprobada como son: la fluoruración de las aguas de consumo.
6. Identificar las características de los recursos humanos de salud bucal existentes y de los que deben formarse.
7. Identificar las características de la tecnología disponible y la que es necesaria.
8. Aplicar los conceptos de simplificación, estandarización y de transferencia de conocimientos para el

diseño de una atención integral de alta cobertura y de bajo costo.

9. Establecer un proceso administrativo científico que permita el desarrollo del programa en forma eficiente y eficaz, con la participación del personal odontológico de todos los niveles.

10. Diseñar y aplicar un programa de educación permanente para todo tipo de personal odontológico.

11. Regionalizar el sistema de mantenimiento de equipo y capacitación de personal.

12. Programar la cooperación técnica nacional e internacional en base a las necesidades nacionales.

Basado en todo lo anterior el Programa Nacional de Salud Bucal establece tres (3) grandes componentes, que deberán ser desarrollados, en los diferentes niveles de atención, definidos en el Sistema de Regionalización de nuestro país, y que son los siguientes:

- A. Investigación.
- B. Atención integral en salud bucal.
- C. Desarrollo del recurso humano.

La implementación del mismo estará bajo la responsabilidad técnico administrativa del personal odontológico de los diferentes niveles de la estructura organizativa:

A. Nivel nacional:

Representado por el departamento de salud bucal que se estructura en cuatro (4) coordinaciones.

1. Coordinación de investigación.
2. Coordinación de producción de servicios.
3. Coordinación de fomento y prevención.
4. Coordinación de desarrollo del recurso humano.

B. Nivel regional:

Representado por las coordinaciones regionales de salud bucal.

C. Nivel local u operativo:

Representado por el personal odontológico, integrado por odontólogos y personal auxiliar.

Las funciones de este personal están claramente definidas en el Manual de Normas Administrativas de Salud Bucal. Desarrollarán en forma general los siguientes aspectos:

Funciones técnico administrativas:

Nivel nacional:

1. Planificar el Programa Nacional de Salud Bucal, con la participación activa de los otros niveles y coordinadamente con las instituciones comprometidas en la práctica de salud bucal en nuestro país.
2. Desarrollar el Manual de Normas y Procedimientos Generales, que servirán de base para la implementación de los programas en las regiones o provincias.
3. Coordinar y supervisar la ejecución de los programas en todo el territorio nacional.
4. Evaluar periódicamente el programa para la retroalimentación y ajuste del mismo.

Nivel regional:

Nivel intermedio que tiene como función:

1. Participar en la planificación del Programa Nacional de Salud Bucal, a través de análisis y síntesis de información regional.
2. Coordinar y supervisar la implementación de los programas, normas y procedimientos en los niveles locales.
3. Adecuar el Manual de Procedimientos, según recursos y necesidades existentes en cada región.
4. Asesorar, evaluar y dar seguimiento, a través de la supervisión, para que el nivel local cuente con los recursos físicos y humanos necesarios para su funcionamiento.

Nivel local:

Se realizan las siguientes funciones:

1. Participar en la planificación del Programa Nacional de Salud Bucal a través del análisis y síntesis de la información local.
2. Ejecutar el programa y cumplir con las normas establecidas por el nivel nacional.

3. Adecuar los programas y normas existentes a las necesidades, características socio-económicas y recursos de cada comunidad.

4. Planificar los recursos físicos y humanos necesarios para la implementación del programa.

5. Evaluación periódica del programa.

6. Incentivar la participación de la comunidad.

Inscrito en el sistema de regionalización de nuestro país, que está estructurado en niveles de atención, tenemos que en salud bucal, se han definido las siguientes acciones a desarrollar.

A. Primer nivel:

En este nivel se realiza la sistematización de técnicas y procedimientos odontológicos con participación comunitaria.

1. Diagnóstico integral del proceso bucal enfermedad.

2. Educación y promoción para la salud bucal:

- Conferencia sobre Educación para la salud bucal.

- Enseñanza de técnica de cepillado.

- Control de placa bacteriana.
3. Protección específica de la salud bucal:
 - Autoaplicación de flúor.
 - Fluoruración del agua potable.
 4. Atención de urgencias odontológicas.
 5. Referencia para atención odontológica a los otros niveles.

B. Segundo nivel:

Servicios odontológicos generales que se ofrecen en los centros de salud y policlínica, como un componente del sistema de salud. Están bajo la responsabilidad de odontólogos y personal auxiliar que trabajan coordinadamente con el equipo multidisciplinario y realizan las siguientes funciones.

1. Diagnóstico integral del proceso salud enfermedad.
2. Educación y promoción para la salud bucal.
3. Enseñanza de técnica de cepillado.
4. Protección específica de la salud bucal:
 - Autoaplicación de flúor.
 - Flúor y alternativas clínicas.

- Flúor y alternativas comunitarias.
- 5. Atención de urgencias odontológicas y tratamientos.
- 6. Problemas periodontales:
 - Protección específica.
 - Plan de tratamiento.
- 7. Métodos y técnicas curativas de caries dental:
 - Exodoncia.
 - Tratamiento de pulpa.
 - Prótesis dental.
- 8. Ortodoncia preventiva.
- 9. Tratamientos quirúrgicos.

C. Tercer nivel:

Servicios odontológicos de mayor complejidad que se ofrecen principalmente en hospitales regionales y nacionales. Estas atenciones se brindan a pacientes referidos del segundo nivel:

- Cirugía máxilo facial.
- Ortodoncia correctiva.
- Prótesis máxilo facial.

Sistema de atención odontológica:

América Latina y la República de Panamá en particular poseen una distribución irregular de sus habitantes y una estructura socioeconómica dependiente que se manifiesta en el estado de salud de los mismos y, como en el caso de la salud bucal, en las posibilidades de acceso de la población.

Varios estudios epidemiológicos indican que más del 90% de su población presenta problemas de caries dental; se estima que la población mayor de 3 años de edad tiene un promedio de cinco dientes que necesitan atención odontológica debido a la caries. La magnitud del problema se puede apreciar mejor cuando se tiene en cuenta que, además de la caries, la patología bucal comprende periodontopatías, maloclusiones, anomalías congénitas, procesos inflamatorios e infecciones de tejidos blandos y duros, cáncer bucal y otros.

Frente a este inmenso problema, la atención odontológica existente es insatisfactoria en términos de niveles y amplitud de cobertura; más de las tres cuartas partes de la población no recibe atención odontológica integral.

La atención odontológica integral comprende actividades preventivas y curativas de todos los problemas que afectan la salud bucal de esa población.

Aunque los países de Latinoamérica poseen sus propias características, existe sin embargo como denominador común, una clara división de tres clases de odontología: una suficiente, para los grupos con alto poder adquisitivo, otra limitada para los habitantes de menor ingreso ubicados en zonas de influencia urbana y, por último, una casi inexistente para la gran masa de población que sobrevive en la periferia económica y social, principalmente en las áreas rurales.

Varios factores podrían considerarse como limitantes principales, entre los cuales podemos identificar:

1. El tipo de práctica dominante es la práctica privada, la cual funciona primordialmente con odontólogos que trabajan en forma individual u ocasionalmente en pequeños grupos, concentrados en las ciudades principales, excluyendo a grandes sectores de la población que no tienen suficiente recursos económicos para sufragarla.

Por su parte, la práctica institucionalizada cubre solo a un pequeño porcentaje de la población y es principalmente mutilatorio.

2. El modelo prevalente de servicio, ya sea financiado por el propio paciente o por la agencia de la que es derecho habiente, se caracteriza por actuar frente a la demanda, adoptar un enfoque curativo de los problemas (es decir, actúa sobre daños terminales y muchas veces irreversibles) y ser de un costo elevado.

3. La tecnología en uso en la práctica odontológica, en gran medida data, del tiempo en que los elementos mecánicos y los materiales dentales imprimían limitaciones a las técnicas odontológicas.

La odontología moderna ha incorporado los avances tecnológicos principalmente en equipos, diseños arquitectónicos, aparatos de corte y los materiales utilizados en la prevención y restauración de las enfermedades bucales. Sin embargo, paradójicamente, esto ha producido una elevación de los costos del servicio con lo cual la odontología se ha convertido en un bien de consumo cada vez más innecesario a la gran masa de la población. Por otro lado, no se ha logrado desarrollar suficiente nuevos sistemas que permitan incrementar el número de atenciones .

4. El modelo profesional (forma como tradicionalmente realiza su práctica el odontólogo) es poco eficiente, repercutiendo negativamente sobre la posibilidad de ampliar la cobertura de servicios. Los estudios de tiempo, movimiento del odontólogo en acción demuestran que gran parte de su tiempo útil lo pierden en esperar a que el paciente se enjuague la boca y en abastecerse de los instrumentos y materiales, disminuyendo en forma significativa el tiempo en que realmente ejerce su capacidad profesional. Otro factor que reduce la capacidad de cobertura y prolonga el tratamiento del paciente es el de abordar los problemas en base a la unidad diente y no por cuadrantes, lo cual multiplica la necesidad de ciertos procedimientos que consumen tiempo, como la anestesia, acomodo y preparación del paciente, etc..

Todas estas características tienden a reflejarse en la forma en que se imparte la docencia. Esta, a su vez, repercute en la formación de nuevos profesionales que ejercen una práctica odontológica insatisfactoria para el desarrollo de los países.

Por lo tanto es evidente que aunque algunos aspectos de la práctica odontológica actual requieren conservarse y aún estimularse, muchos otros (científico-tecnológico),

deberan ser revisados a fondo con el fin de perfeccionarlos o eliminarlos.

En la actualidad se ha venido estudiando, en salud bucal, las variables económicas y científico-tecnológicas aplicadas a esta situación, tratando de encontrar alternativas de solución desde diferentes perspectivas. El hecho que el ejercicio de la odontología se haya desarrollado de esta manera la ha hecho casi innaccesible para la mayoría de la población, por su alto costo y lentitud en los procedimientos. Pese a su alta morbilidad y escasa mortalidad no ha tenido prioridad en los programas de salud pública, siendo su acción, hasta la fecha, muy limitada.

Sin embargo, en los últimos 30 años, esta situación ha tenido y tiene una tendencia a un cambio decisivo en el sentido de prioridad de los mismos, manifestada por la mayoría de los gobiernos y muy particularmente, por aquellos que tiene resueltos, o en vías de resolverse, otros problemas en el campo de la salud.

La magnitud de los problemas en esta área especialmente los de caries dental y enfermedad periodontal, así como en los de cáncer bucal, explican esta tendencia, sobre todo cuando los mismos están marcando un fuerte peso

económico, al detectarse gran ausentismo escolar y laboral atribuido a causas dentales. Todo esto reforzado por las necesidades actuales de los individuales de una buena estética para las relaciones entre ellos, particularmente las de trabajo. Por ello, hoy es un hecho que los problemas de este campo, deben resolverse con una prioridad que hasta hace poco no tenían.

Durante la década de los setenta, se realizan programas preventivos particularmente para la fluoración del agua potable y de desarrollo de sistemas para la provisión de servicios de salud bucal, en lugares hasta donde no habían llegado los mismos, para lo cual se simplifican los equipos y se diseñan algunos para áreas rurales, entrenándose personal auxiliar, hasta ese momento inexistente.

La evaluación de estas experiencias y el análisis del ejercicio de la odontología y de los factores que la limitan para llegar a más gente, lleva a una reorientación profunda de los programas, debido a que, pese a los logros, se detecta que por el camino del ejercicio profesional tradicional no es posible resolver los graves problemas de salud bucal.

Por ello se han establecido dos líneas fundamentales de acción:

La primera en el campo de la prevención, investigándose la posibilidad de la fluoración de la sal y estableciendo métodos adicionales a la fluoración del agua, tales como enjuagatorios de flúor y la aplicación de sellantes entre otros. Por otro lado, se estimulan programas educativos sobre salud bucal para que el mismo llegue a segmentos cada vez mayores de la población, entre otros.

La segunda línea de acción es en los sistemas de atención para reparar y rehabilitar el aparato masticatorio. Aquí también se produce un avance importante en los diseños de equipos simplificados, espacios físicos y de sistemas de atención, lo que baja notablemente los costos haciendo, por primera vez, factible que la atención odontológica pueda ser financiada por los países o por la mayoría de los particulares, acortando, en forma importante los tiempos y aumentando la cobertura. Los diseños se realizan bajo el enfoque de tecnología apropiada existiendo, hasta el momento, la posibilidad de que un 80% de sus componentes puedan ser construídos en y por la mayoría de los países. La formación de recursos humanos para realizar estos nuevos sistemas de prestación de servicios, ha recibido especial atención, particularmente la formación de personal auxiliar y de odontólogos.

Estas líneas de acción harán factible el aproximarnos a la meta de salud para todos en el año 2,000, en lo que a salud bucal respecta, que es considerada un componente importante de la salud integral de la población.

Un sistema de atención odontológica.

Tiene como sub-componentes principales a los recursos humanos, los espacios físicos, equipos e instrumentos, las técnicas, los biomateriales y la administración. Estos a su vez pueden tener varios elementos que se relacionan entre si creando distintos modelos de atención o de servicios, en base a los recursos disponibles.

Si analizamos cada uno de los sub-componentes tenemos:

1. Los recursos humanos:

Veremos que en algunos modelos, existe un elemento único, el odontólogo; mientras que en otros, puede estar integrado por dos o más profesionales a un equipo de salud bucal, con participación de personal técnico auxiliar y hasta equipo multiprofesional que integradamente abordan los problemas de una población. La

variación en este sub-componente es suficiente para determinar un modelo distinto.

El ejercicio de la práctica odontológica actual es considerada lenta, costosa y no siempre de calidad.

Lento en la medida que el odontólogo realiza una serie de funciones o actividades de varios niveles y de gran complejidad, en general, sin el apoyo de otros recursos humanos.

Costoso, por el hecho de la misma complejidad expresada anteriormente, realizada por un solo recurso humano cuya preparación es superior a la gran mayoría de las actividades que ejecuta. Y no siempre de calidad ya que el individuo que recibe atención, por exceso de demanda, ésta se limita fundamentalmente a actividades simples, más de tipo técnico que científico, más a tareas repetitivas y curativas que preventivas.

Por ello, en algunos modelos, el concepto de trabajo en equipo es básico y fundamental. Cuando se ocupa un solo recurso humano, que se ha preparado a un nivel que podría considerarse alto y realiza un gran número de actividades que no requieren tanta preparación, lo que se está haciendo es sub-utilizar dicho recurso y encarecer su utilidad, lo que se traduce en ineficiencia por poca productividad.

El trabajo en equipo permitirá manejar los problemas en su totalidad, tanto individual como colectivamente. Los recursos humanos que en odontología podrían integrar este equipo serían los siguientes: El odontólogo, los técnicos clínicos y de laboratorio y el personal auxiliar. El odontólogo, que maneja el más alto nivel de conocimiento sobre todo el aparato estomatognático y sus relaciones con el resto del organismo, es el que dirige el equipo de salud bucal y resuelve los casos más complejos. El personal técnico y auxiliar, realiza fundamentalmente actividades técnicas y que corresponden a una parte importante del quehacer del odontólogo actual. El personal auxiliar coopera tanto con el odontólogo como con los técnicos y realiza otras actividades que tanto el técnico como el odontólogo actual tradicionalmente también realizan.

2. Los equipos:

Deb en ser simplificados, donde se eliminan todos los elementos superfluos e innecesarios, pero el resultado de su acción debe ser de la más alta calidad posible. La reducción del campo del equipo es también importante ya que hace factible su movilización a cualquier lugar. Es preferible que los mismos se diseñen para

actividades específicas, con el fin de no tener elementos sub-utilizados. Por lo tanto, algunos conceptos pueden ser aplicados a la simplificación del equipo odontológico:

1. Eliminación del mayor número de elementos superfluos.
2. Diseño y número de elementos necesarios para realizar un trabajo de alta calidad.
3. Tamaño adecuado de los equipos.
4. Equipo diseñado para actividades específicas.
5. Diseños para el correcto abordaje del paciente.

Los equipos tradicionales complejos y de alto costo han sido aceptados por la profesión, como muchos otros aspectos, en forma acrítica, lo que ha hecho que su desarrollo responda más a intereses de tipo mercantil que a las necesidades reales de la colectividad.

Estudios realizados mostraron que estos equipos emplean más artificios para presentar una forma compleja, vistosa y lujosa que elementos esenciales para su acción.

Los primeros intentos que se hicieron en cuanto a la simplificación del equipo, fue el de eliminar todos estos artificios superfluos. En relación al diseño y a la calidad del trabajo, dos aspectos se destacan. El primero se refiere al diseño como tal y en el cual se ha buscado que

los equipos tengan los elementos mínimos necesarios que faciliten el trabajo en equipo y la mejor aplicación de técnicas odontológicas como son las de "odontología a cuatro manos y a seis manos". El segundo se refiere a la calidad de los elementos usados; estando de acuerdo a bajar los costos. Esta disminución está orientada a utilizar menos elementos; pero aquellos que se consideren fundamentales, tienen que ser de la más alta calidad posible, buscando mayor durabilidad y mejor producto final del trabajo.

El concepto de ejercicio profesional individual (tradicional), más los elementos superfluos mencionados anteriormente, determinaron el diseño de equipos de gran tamaño y peso, fijos a un lugar determinado, lo que ha hecho que la profesión se haya esclavizado al equipo, desde el momento que no pueden los profesionales ejercer como tales si no están junto al mismo.

Estos diseños, a su vez, han hecho que sea prácticamente imposible llevar los beneficios de las técnicas tradicionales a lugares apartados como son las áreas marginadas o rurales. Uno de los aspectos fundamentales en el diseño de los equipos simplificados (innovados) está dado por su reducido tamaño, que le permite ser trasladado con

facilidad a cualquier lugar y con elementos adicionales que lo hagan autosuficientes. La meta es llegar a convertir el equipo tradicional, en lo que para el médico puede ser el estetoscopio.

Los equipos tradicionales, constituidos por un sillón dental movable por medio de una bomba o por un sistema eléctrico; por una unidad odontológica compleja y generalmente con todos los elementos de la práctica, se requieran con frecuencia o no; con salivadera y mesita de trabajo; con fuente de luz, constituida por una lámpara de especial diseño para no dar sombras y ser de luz fría, han constituido la base del diseño para un modelo de atención individualista, con el profesional de pie y el paciente sentado, en base a un abordaje del paciente facilitado solo por la movilidad del sillón, han contribuido a encarecer la atención odontológica, puesto que la movilización del sillón es de alto costo y el trabajo individual poco eficiente.

En los sistemas innovados el diseño cambia para crear situaciones de máxima eficiencia, con el menor número de elementos y el menor espacio posible.

Para ello se debe cambiar la relación operador-paciente, en la que el primero se sienta y el segundo se mantiene en posición horizontal (acostado) que permite que el

abordaje se pueda hacer movilizándolo al operador sentado en un banquillo con ruedas y al paciente dejándolo relativamente estático en una camilla. La eliminación de sillones dentales con bomba trae una baja del costo considerable.

Completando la adecuada relación operador-paciente está la relación operador-auxiliar para realizar la técnica de odontología a cuatro manos; situación difícil de conseguir en los equipos tradicionales donde la escupidera ocupa el lugar de la auxiliar. En el diseño de los equipos simplificados (innovados) se ha eliminado la salivadera reemplazándola por un sistema de alta y baja succión. Los nuevos diseños deben lograr que la posición del operador sea lo más frente a frente posible y que esta última esté un poco más alto que el primero (odontología a 4 manos). De la misma manera el diseño, cuando es para trabajo a 6 manos (1 auxiliar más que el sistema de 4 manos) debe relacionarse adecuadamente el auxiliar de sexta mano con el de cuatro (a la misma altura) y ambos deben poder tener un banquillo que gire.

3. Los espacios:

Los espacios físicos deben tener un diseño arquitectónico acorde al modelo de atención seleccionado,

donde se deben considerar todos los aspectos antes mencionados.

4. Instrumental:

El instrumental debe ser el mínimo necesario pero suficiente para las actividades a realizar. Su reducción depende de varios factores:

a. De la programación de los mismos en base a su uso. El instrumental de clasificación según su uso en:

a.1 De uso permanente: Que se usan con todas las atenciones que se brinda al paciente.

a.2 De uso frecuente, que se usa en varias atenciones que se brinda a los pacientes.

a.3 De uso esporádico, que solo se usa en raras ocasiones.

b. De la disminución de pasos al simplificar las técnicas. El instrumental usado en los pasos eliminados, obviamente se hace innecesario.

c. Del abordaje del paciente. En los sistemas de atención en que el paciente está sentado, es necesario el diseño de distintos y numerosos instrumentos para abordar

el paciente: para el maxilar (arriba), para la mandíbula (abajo), para anterior, para posteriores, etc.; cuando el paciente está tendido (sistema innovado) solo variando la posición del operador y moviendo la cabeza del paciente es posible, con un solo instrumento abordar distintas armas.

5. Técnicas:

La simplificación de las técnicas constituye uno de los principales desafíos y tal vez el más grande, ya que no sólo se requiere el mayor esfuerzo crítico y creativo, sino también recursos humanos que manejen el método científico.

Este desafío es mayor para los profesionales que han logrado el dominio de las técnicas más complejas, las que deben estar sujetas a críticas y posibilidades de simplificación. Aquí se requiere mayor trabajo intelectual, puesto que la mayoría de las veces, resulta más difícil diseñar una técnica compleja que una simple. La decisión va a estar dada por la posibilidad de eliminar pasos, sin disminuir la calidad, tratando de lograr un costo menor. Esto repercute en la disminución de instrumental, uso de biomateriales menos costosos y por supuesto en la reducción del tiempo.

Así mismo la odontología incorpora en los modelos de atención innovados el uso de técnicas de trabajo entre las cuales podemos mencionar: las técnicas de trabajo a cuatro manos y seis manos y la técnicas de programar la realización de ciertos tratamientos por cuadrantes o arcadas.

6. Biomateriales:

La utilización de nuevos biomateriales es básico, ya que los mismos buscan llegar a más gente, con calidad y costos menores. Es indudable que muchos de los materiales que hay que usar, cumplen con algunos aspectos de calidad; pero distan mucho en sus costos, situación que no cambiará mientras se siga utilizando los mismos a través de tecnología compleja.

Por ello, se intensifican las investigaciones sobre resinas y otros materiales, las que poco a poco van mejorando en calidad y abren posibilidades al utilizar una tecnología simple y de cortísimo tiempo.

7. Administración.

La administración eficiente y eficaz deberá organizar los recursos con que cuenta el modelo, con el fin de obtener los resultados deseados al menor costo posible.

En el plan de acción para la instrumentación de la meta de atención primaria se destaca la necesidad de llevar a cabo en forma sistemática la evaluación de las políticas, planes y programas, con el propósito de perfeccionarlas.

Se establece que debe diseñarse un sistema de evaluación donde se definan los indicadores, así como, la oportunidad y prioridad de la evaluación.

El acto de evaluar consiste en la emisión de un juicio de valor que resulta de la comparación de las características observadas en un sujeto con un patrón de referencia y del análisis explicativo de las coincidencias y diferencias detectadas en dicha comparación.

La evaluación es el espejo de la planificación, puesto que su finalidad consiste en determinar la utilidad y el mérito del programa planificado, averiguar si se ejecuta realmente del modo prescrito y descubrir si se obtienen efectivamente los resultados requeridos y el rendimiento prescrito. Cuando se pone en marcha un plan, hay que cerciorarse de que se alcanzan los objetivos, de que el programa contribuye en una medida determinada a mejorar la salud.

Por otro lado, para una planificación integral de los servicios de salud bucal, fundamentado en la Estrategia de Atención Primaria y en base a modelos más dinámicos y coherentes con la condición económica-social y de salud de la población, así como su desarrollo, hacen necesario un seguimiento y posteriores evaluaciones que permitan las adecuaciones y ajustes consecuentes a los constantes cambios que ocurren en nuestro país.

La información sobre la situación existente antes de iniciarse el programa es indispensable para la ulterior evaluación de sus resultados. Esta información suele llamarse información básica y debe guardar relación con el rendimiento planeado y con los cambios prácticos que se aspira a conseguir en el programa. Por lo tanto, el tipo de información básica que haya de utilizarse en los análisis de situación debe ser suficientemente general para servir de punto de referencia a los objetivos cuantificados.

Todo este proceso requiere del manejo de información real y confiable, a través de indicadores capaces de expresar en forma clara, sencilla, objetiva y con una visión de conjunto, la problemática general y particular existente, que sean fáciles de manejar y obtener, así como lo suficientemente sensibles a los cambios mencionados.

Para la planificación, monitoreo y evaluación del Programa Nacional de Salud Bucal se han formulado indicadores para cuatro (4) categorías o áreas de acción:

- Políticas de salud bucal.
- Situación económica social.
- Sistemas de servicios.
- Condición de salud bucal.

Para cada área de acción se deberán definir los indicadores, teórica y operacionalmente. Estos indicadores pueden ser numéricos (cuantitativos) o de tipo descriptivo (cualitativos) a través de los cuales podremos describir los principales factores favorables o desfavorables que influyen sobre la marcha de los planes y programas de salud bucal.

Los resultados obtenidos podrán ser analizados estadísticamente o bien mediante el análisis lógico y conceptual de los mismos.

Finalmente el último paso del proceso de evaluación será la presentación ante los niveles de decisión. El uso de esta información constituye la razón de ser de un sistema de evaluación concebido como parte del sistema gerencial.

En el área de sistemas de servicios de salud se usan indicadores de disponibilidad de recursos, accesibilidad de la población, de demanda y utilización de los servicios, de asignación de estos a distintos grupos de población, de producción y productividad, de eficiencia y eficacia.

A través de una serie de reuniones, con la participación y auspicios de la OPS/OMS, celebradas durante los años 1983 y 1984, en los Angeles, Washington y en Lima, Perú, se elaboró una propuesta de trabajo para el desarrollo de un subsistema de información en salud oral para la planificación, monitoreo y evaluación de los servicios odontológicos.

En cada una de estas categorías hay que considerar un conjunto de variables e indicadores que representen en forma clara y confiable la condición general existente.

En este estudio se realizará la evaluación del sistema de servicios odontológicos del centro de salud "Torrijos Carter" donde se utilizarán los indicadores siguientes:

1. Total de recursos humanos existentes, odontólogos y personal auxiliar.
2. Población con acceso real a servicios de prevención y atención según grupos de población (accesibilidad y cobertura).

3. Población cubierta por sistema de fluoruración sistemática (agua de consumo) en funcionamiento.
4. Población atendida por actividades de prevención y de atención (curativa) en relación a la población programada, según grupos prioritarios.
5. Población con tratamiento terminado (impacto del programa).
6. Número total y distribución de núcleos de servicios odontológicos (recursos humanos, físicos y materiales) en funcionamiento según población, en el área.
7. Productividad y producción de los recursos humanos.
8. Costo de los servicios.

Esta información formará parte de la evaluación global del Programa Nacional de Salud Bucal de este sector, como un paso a seguir en el proceso de implementación de nuevos modelos o sistemas de atención, más acordes a la situación del área. Considerando a los sistemas de servicios como los medios disponibles para la transformación de la condición de salud bucal de la población.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar el funcionamiento de los servicios odontológicos del Centro de Salud de Torrijos Carter, para retroalimentar el proceso de atención odontológica y proponer ajustes y modificaciones al modelo de atención vigente, y al modelo de evaluación utilizado.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Recopilar y analizar la información referente a accesibilidad, cobertura, impacto de los servicios, así como producción y productividad de los recursos.

2. Evaluación del subsistema de información de salud bucal como tal.

3. Medir el alcance y la magnitud de los indicadores más importantes de la salud bucal que nos permitan efectuar evaluaciones eficaces y efectivas del programa a nivel nacional.

4. Formular recomendaciones para mejorar los servicios odontológicos en esta zona.

CAPITULO IV
METODOLOGIA Y RECURSOS

A. CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	FECHA
1. Preparación del plan.	Enero-febrero 1988.
2. Recolección de los datos.	Marzo-mayo 1988.
3. Análisis e interpretación de los datos.	Enero-abril 1990.
4. Informe final.	Abril - septiembre 1990.

B. PERSONAL.

El estudio será elaborado por un Odontólogo con el apoyo del personal odontológico y de estadística del Centro de Salud y de la Región Metropolitana.

C. AREA DE ESTUDIO.

El área de estudio será en el campo de administración, específicamente en la evaluación de los servicios de odontología.

D. METODO.

Se realizará la evaluación de los servicios odontológicos del Centro de Salud de Torrijos Carter del año 1986, con el fin de analizar los indicadores utilizados en salud bucal, en el nivel local.

La técnica a utilizar será la del análisis descriptivo de la información existente, sobre la oferta de estos servicios, obtenida de los registros estadísticos y de personal de este centro de salud. La recolección de la información la realizará el odontólogo responsable de este informe con apoyo del personal odontológico y de estadística del centro de salud.

Una vez recopilado los datos se procesaran en tablas y gráficos para ser analizados.

Finalmente se elaborará el informe, que indicará entre otros aspectos las conclusiones y recomendaciones del estudio.

E. DEFINICION DE VARIABLES.

En la evaluación del Sistema de Servicios de Salud Bucal del Centro de Salud de Torrijos Carter, que es una Institución del Nivel Local, se utilizaron las siguientes variables:

1. Variable Dependiente:

Es aquella variable que se desea explicar, comprender o predecir y que en este estudio será el Servicio de Salud Odontológico del Centro de Salud de Torrijos Carter.

2. Variable Independiente:

Son los diferentes factores que pueden influir o que actúan como determinantes de la calidad o tipo de servicio odontológico que posee un Centro de Salud, para los cuales se han elaborado indicadores específicos.

1. Personal de salud bucal.
2. Cobertura efectiva.
3. Utilización de los servicios.
4. Núcleos de los servicios odontológicos.
5. Capacidad instalada y modelo de atención.
6. Productividad y producción de los recursos humanos.
7. Costo de los servicios.

F. RECURSOS.

Recursos humanos.

- 1 Odontólogo coordinador de la investigación.
- 1 Secretaria.

Recursos materiales.

- Papel
- Fotocopias
- Máquina de escribir.
- Gráficas/cuadros.
- Transporte/gasolina.

Fuentes de financiamiento.

- Ministerio de Salud.
- Comité de Salud del Centro de Salud
Torrijos Carter.
- Investigador.

CAPITULO V

RESULTADOS

Para la evaluación del sistema de servicios de salud bucal (variable dependiente) del Centro de Salud de Torrijos Carter se definieron las siguientes variables independientes con sus correspondientes indicadores:

<u>Variables independientes</u>	<u>Indicadores</u>
1. Personal de salud bucal.	<ul style="list-style-type: none"> - Total de recursos humanos, odontólogos, personal auxiliar y horas odontológicas. - Proporción de odontólogos por habitantes.
2. Cobertura efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Población con acceso real (población demandante) a los servicios de prevención y atención curativa, según grupos prioritarios.
3. Utilización de los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> - Población atendida por grupo de edad y programas. - Total de consultas por grupo de edad. - Población cubierta con agua fluorada.

Variables
independientesIndicadores

- Población atendida y actividades preventivas y curativas realizadas.
 - Población atendida por actividades de prevención y actividades curativas, según grupos de edades y programas.
4. Núcleos de servicios odontológicos.
- Número total y distribución de servicios odontológicos en el área.
5. Capacidad instalada y modelo de atención.
- Recursos humanos disponibles (odontólogos y personal auxiliar).
 - Espacios físicos.
 - Equipo.
 - Instrumental.
 - Técnicas.
 - Biomateriales.
 - Administración.

Variables
independientesIndicadores

- | | | |
|----|---|--|
| 6. | Productividad y producción de los recursos humanos. | - Promedio de consultas por hora.
- Promedio de servicios por hora.
- Actividades preventivas y curativas. |
| 7. | Costo de los servicios. | - Costo promedio de la consulta odontológica. |

Se presenta a continuación los resultados obtenidos en el presente estudio, que son datos dispersos recolectados por el personal de Salud Bucal y de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter, de los Centros de Salud de San Miguelito, de la Región de Salud de San Miguelito y de la Región Metropolitana de Salud. Estos datos han sido ordenados para conformar los indicadores de cada una de las variables que se consideraron pueden ser utilizados para un análisis específico de un Servicio de Salud Bucal en el nivel local.

1. Personal de Salud Bucal.

El Centro de Salud de Torrijos Carter cuenta con 2 odontólogos; contratados por 12 horas diarias que suman un total de 2,520 horas anuales, considerando que en el año hay un total de 210 días laborables. (Cuadro No. 12)

Así mismo se cuenta con dos asistentes de Odontología, que apoyan a los odontólogos en sus actividades clínicas, educativas, preventivas y administrativas.

Estas asistentes han sido contratados a tiempo completo (8 horas diarias cada una) laborando 3,360 horas al año (Cuadro No. 12). Siendo la población de Torrijos Carter de 47,004 habitantes, la proporción de Odontólogos por habitantes en ese sector, es de 1 odontólogo para cada 23,502 habitantes. Así mismo observamos que en la Región de Salud de San Miguelito, que tiene una población de 221,512 habitantes hay una proporción de 1 odontólogo para cada 8,204 habitantes. (Cuadro No. 13)

En cuanto a la proporción de asistentes de Odontología por Odontólogo, Torrijos tiene una relación de 1:1, 1 asistente para cada odontólogo. En la Región de San Miguelito la proporción es de 1:2.4; 1 asistente para cada 2.4 odontólogos. (Cuadro No. 14)

CUADRO No. 12

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS EXISTENTES, 1986

Recurso Humano Odontológico	No.	Horas contratadas	
		Diarias	Anuales (1)
Odontólogos	2	12	2,520
Asistente de Odontología	2	16	3,360
Total de horas odonto- lógicas.		28	5,880

(1) 210 días laborables anuales.

Fuente: Departamento de Personal del Centro de Salud de Torrijos Carter.

FOTOGRAFIA No. 1



Odontólogos y Auxiliares del Centro de Salud
de Torrijos Carter.

CUADRO No. 13

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
PROPORCION DE ODONTOLOGOS POR HABITANTES
1986

Institución	Número de Odontólogos	Población 1986	Proporción de Odontólogo por habitantes
Centro de Salud de Torrijos Carter	2	47,004	1:23,502
Región de San Miguelito	27	221,512	1:8,204

Fuente: Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter, y del Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

CUADRO No. 14

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
 CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
 PROPORCION DE ASISTENTES POR ODONTOLOGOS, 1986.

Institución	Número de Odontólogos	Número de Asistentes	Proporción de Asistentes por Odontólogos
Centro de Salud de Torrijos Carter	2	2	1:1
Región de San Miguelito	27	11	1:2.4

Fuente: Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter y del Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

2. Cobertura efectiva:

Para determinar la cobertura efectiva se utilizó como indicador la población que ha tenido acceso real (o demanda) a los servicios de prevención y atención curativa (atención integral) según grupos prioritarios.

En el análisis de los servicios odontológicos se revisó el número de pacientes atendidos en Salud Bucal específicamente, por grupos de edades o programas. Esta cobertura no es la institucional, que contempla pacientes atendidos en todos los servicios del Centro de Salud de Torrijos Carter.

Para 1986 Torrijos Carter tiene una población de 47,004 habitantes, de los cuales 41,407 son del corregimiento de Belisario Porras y 5,597 habitantes son del corregimiento de Alcalde Díaz (rural), quienes por razones geográficas y de transporte tienen mejor acceso al Centro de Salud de Torrijos Carter. (Cuadro No. 15)

La población de Torrijos Carter en su composición por grupos etarios se observa que el 36.4% son menores de 15 años, donde los niños de 0-4 representan el 11.9% y los niños de 5-14 el 24.5%. Los adolescentes de 15-19 representan el 12.1%. La población económicamente activa que

CUADRO No. 15

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
 CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
 POBLACION CON ACCESO REAL A SERVICIOS
 DE SALUD BUCAL, 1986.

Corregimiento	Población con acceso real a servicios de Salud Bucal
Belisario Porras (39.1%)	41,407
Alcalde Díaz (rural)	5,597
Total	47,004

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región de Salud de San Miguelito.

van de las edades de 20 a 59 años representan el 47.2% y la población de 60 años, es el 4.3% de la población total. (Cuadro No. 16)

En 1986 se atendieron en el Departamento de Salud Bucal del Centro de Salud de Torrijos Carter 3,751 pacientes que representan el 7.9% de la población total de este sector. Observando que del grupo de población de 1 - 4 años se atendieron 256 niños que corresponde al 4.6% del total de niños de 0 - 4 años. Del grupo de escolares de 5 - 14 años fueron atendidos 2,477 niños que representan el 21.5% del total de este grupo de población. Del grupo de adolescentes que están entre las edades de 15 a 19 años fueron atendidos 125 que representan el 2.2% del total de adolescentes del sector. De la población económicamente activa se atendieron 22,184 adultos que representan el 1.4% del total de ese grupo de población. Del grupo de los mayores de 60 años o de la IIIa. edad, se atendieron un total de 16 gerontes que representan el 0.6% del total de ese sector, encontrándose que la cobertura en general es baja. (Cuadro No. 17)

En el programa maternal se atendieron 235 pre-natales que corresponde al 37.5% de las 627 gestantes estimadas en la programación local para el año 1986. Así mismo en el programa de Atención a Manipuladores de Alimentos se

CUADRO No. 16

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO,
POBLACION POR GRUPO DE EDADES.
DEL CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
1986

GRUPO DE EDAD	POBLACION	%
Total	47,004	100
0 - 4	5,593	11.9
5 - 14	11,515	24.5
15 - 19	5,687	12.1
20 - 59	22,184	47.2
60 y +	2,021	4.3

Fuente: Departamento de Estadística de la Región
de Salud de San Miguelito.

atendieron 332 pacientes que representan el 77.2% de los manipuladores programados en ese mismo año. (Cuadro No. 17)

Todos estos pacientes debieron ser atendidos integralmente. Esto comprende actividades preventivas de los problemas más prevalentes en Salud Bucal, así como actividades curativas. Observamos que la mayor captación de pacientes se dió en el grupo de escolares, luego manipuladores de alimentos y finalmente maternas, muy probablemente porque son grupos organizados cuyo manejo es interdisciplinario, donde se utiliza el sistema de referencia, por lo que se logra darles seguimiento y continuidad en su tratamiento.

No obstante es importante señalar que la población de Torrijos Carter es numerosa y requiere de un mayor número de profesionales de la Odontología; cuya relación ideal es de 1 odontólogo por cada 5,000 habitantes. Por otro lado es necesario mejorar los mecanismos de captación de pacientes e impulsar las actividades de promoción y educación, sobre todo durante el período de embarazo y en las edades de 0 - 4 años.

En relación a pacientes atendidos por grupos de edades y programas, observamos en los centros de San Miguelito hay un comportamiento similar al ocurrido en Torrijos Carter en cuanto a la captación de pacientes por grupos de edad o programa. (Cuadros No. 18 y No. 19)

CUADRO No. 17

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
POBLACION ATENDIDA, PORCENTAJE DE LA POBLACION, 1986.

Grupo de edad o programa	Población atendida	Población de responsabilidad del Centro de Salud de Torrijos Carter	Cobertura alcan- zada %
0 - 4 años (Pre-escolar)	256	5,593	4.6
5 - 14 años (Escolar)	2,477	11,515	21.5
15 - 19 años (Adolescente)	125	5,687	2.2
20 - 59 años (Salud y pro- ducción).	310	22,184	1.4
Manipuladores de alimentos	332	430	77.2
Maternales	235	627	37.5
60 y + (IIIa. edad).	16	2,021	0.8
Total	3,751	47,004	7.9

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter y de la Región de San Miguelito.

CUADRO No. 18

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
POBLACION ATENDIDA, POR GRUPOS DE EDAD
Y/O PROGRAMA, 1986.

Grupo de edad o programa	POBLACION ATENDIDA	
	CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER	REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
0 - 4 años (pre- escolar).	256	2,210
5 - 14 años (es- colar).	2,477	28,752
15 - 19 años (ado- lescente)	125	2,479
20 - 59 años (salud y producción).	310	4,694
Manipuladores de ali- mentos.	332	2,705
Maternales.	235	5,809
60 y + (IIIa. edad).	16	252
Total	3,751	46,901

Fuente: Información obtenida del Departamento de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter y de la Región de Salud de San Miguelito.

CUADRO No. 19

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
POBLACION ATENDIDA EN CENTROS DE SALUD
DE SAN MIGUELITO, POR GRUPO ETARIO, 1986.

Grupo etario	Total	CENTROS DE SALUD DE SAN MIGUELITO						
		Veranillo	Amelia Denis de Icaza	San Isidro	Torrijos Carter	Cerro Batea	Alcalde Díaz	Chilibre
1 - 4	2,210	490	306	180	246	376	355	270
2 - 14	28,752	8,614	7,522	2,961	2,477	569	4,622	1,987
15 - 19	2,479	914	305	380	125	177	450	128
20 - 59	4,694	1,121	643	937	310	477	944	262
Maternales	2,705	641	345	509	235	361	436	178
Manipuladores de Alimentos	5,809	2,509	476	1,375	332	348	661	108
IIIa. edad.	252	67	34	30	16	12	63	30
TOTAL	46,901	14,356	9,631	6,372	3,751	2,317	7,511	2,963

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región Metropolitana de Salud, 1986.

CUADRO No. 20

PACIENTES ATENDIDOS (COBERTURA) EN LA REGION DE SALUD DE
SAN MIGUELITO Y EN EL CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER, 1986.

Institución	Población	Total de pacientes atendidos	Cobertura %
Región de Salud de San Miguelito	221,512	36,427	16.4
Centro de Salud de Torrijos Carter	47,004	3,751	7.9

* No incluye Alcalde Díaz y Chilibre.

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región Metropolitana de Salud.

CUADRO No. 21

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
SALUD BUCAL
PACIENTES ATENDIDOS (COBERTURA)
POR GRUPOS DE EDADES Y PROGRAMAS, 1986

Edades y/o Programas	0-4	5-14	15-19	20-59	Materna les	Manipuladores de alimentos	60 + +	Total
Pacientes atendidos	256	2,477	125	310	235	332	16	3,751
Población estimada 1986	5,593	11,515	5,687	22,184	627	430	2,021	47,004
Cobertura alcanzada %	4.6	21.5	2.2	1.4	37.5	77.2	0.8	7.9

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter y de la Región de Salud de San Miguelito.

CUADRO No. 22

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
TOTAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS, POR
GRUPO DE EDAD Y PROGRAMA, 1986.

Grupo de edad o programa	Total	1-4	5-14	15-19	20-59	Maternal	Manipulador de alimentos	60 - +
Total de personas atendidas	3,751	256	2,477	125	310	577	332	16
Total	5,064	328	2,793	200	540	577	598	28
Primera consulta	3,751	256	2,477	125	310	235	332	16
Reconsultas	1,313	72	316	75	230	342	266	12
\bar{x} de consulta	1.3	1.3	1.1	1.6	1.7	2.4	1.8	1.7

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región Metropolitana de Salud, 1986.

CUADRO No. 23

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
POBLACION BENEFICIADA CON AGUA FLUORADA, 1986.

Población total	Población beneficiada con fluor	%
47,004	41,407	88.1

Fuente: Departamento de control de calidad del agua del IDAAN.

conferencias u otras demostraciones educativas sobre salud bucal, control de placa bacteriana, enseñanza de técnica de cepillado, aplicación tópica de flúor y profilaxis. Así mismo se realizó en esta población un total de 7,547 actividades curativas que incluye exodoncias, restauraciones, cirugías orales, endodoncia, tratamiento periodontal, observándose un mayor número de tratamiento restauradores en comparación con los tratamientos de mutilación de los órganos dentarios (exodoncias). Así mismo, son pocas las actividades restauradores de mayor complejidad como son Endodoncias o cirugías orales.

Las actividades preventivas y curativas suman un total de 10,294 presentando un promedio de 4.1 actividades preventivas y curativas por hora trabajada (horas Odontólogo). Estas actividades desglosadas por grupo de edad y programas aparecen en el Cuadro No. 24.

Observándose en el Cuadro No. 25 que el mayor número de actividades preventivas se desarrollan en manipuladores de alimentos (705), luego en escolares (660) y en tercer lugar en niños de 1 a 4 años que están en el programa infantil recibiendo el control de su crecimiento y desarrollo (554) y seguidamente las maternas (479).

CUADRO No. 24

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL

PROVINCIA O REGION: REGION DE SALUD DE INSTITUCION: CENTRO DE SALUD
SAN MIGUELITO. DE TORRIJOS CARTER

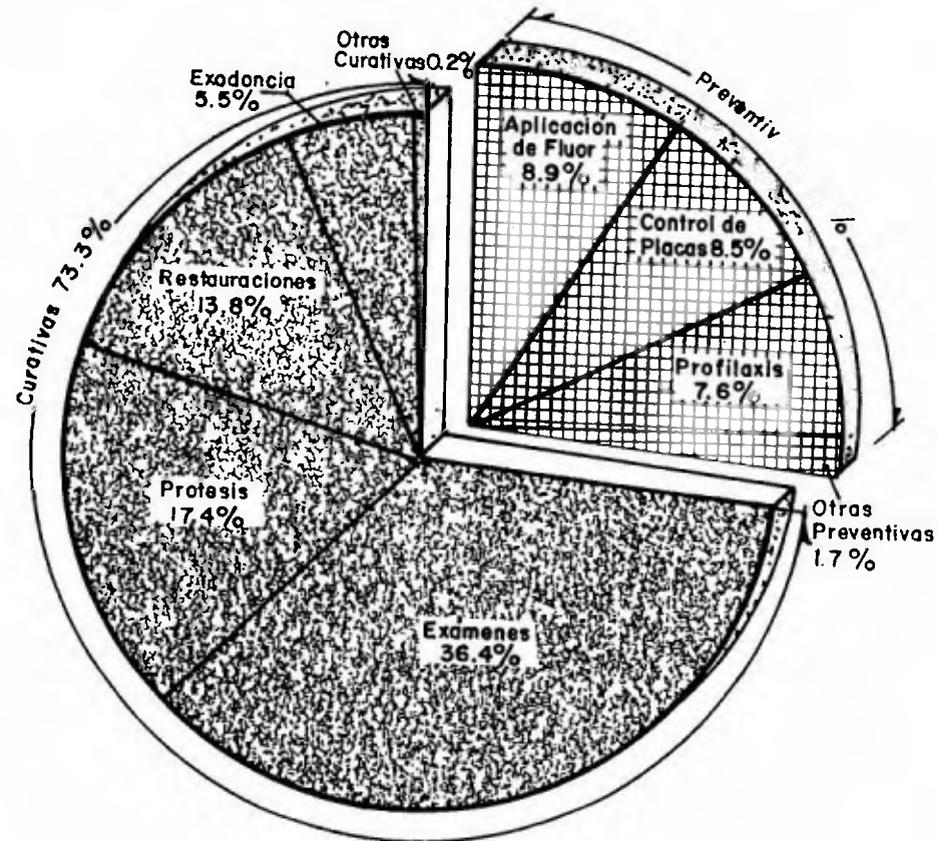
MES, TRIMESTRE O SEMESTRE: ANUAL AÑO: 1986

Total de personas atendidas (1a. consulta).	3,751
Total de consultas (1a. y reconsulta).	5,064
Total de horas odontológicas.	2,520
Promedio de consultas por horas.	2.0
Promedio de actividades por hora.	4.1
Total de pacientes terminados.	-
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	
Conferencias u otras demostraciones educativas.	-
Control de placa bacteriana.	169
Enseñanza de técnica de cepillado.	874
Aplicación tópica de flúor.	920
Profilaxis.	784
Otras actividades.	-
Total de actividades preventivas.	<u>2,747</u>
ACTIVIDADES CURATIVAS	
Exámenes.	3,751
Exodoncia.	571
Restauraciones.	1,418
Cirugía oral.	3
Endodoncia.	17
Tratamiento periodontal.	-
Radiografías.	-
Prótesis.	-
Otras actividades.	1,787
Total de actividades curativas.	<u>7,547</u>
Total de actividades preventivas y curativas.	10,294

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud de
Torrijos Carter y de la Región de San Miguelito.

Gráfica N° 2

AREA DE SALUD DE SAN MIGUELITO
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS,
CENTRO DE SALUD TORRIJOS CARTER: AÑO 1986



CUADRO No. 25

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
TOTAL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y
CURATIVAS, POR GRUPO DE EDAD. 1986

	Total	1-4	5-14	15-19	20-59	Maternal	Manipulador de alimento	60 y +
Total de actividades preventivas y curativas.	10,294	1,042	4,345	491	1,353	1,234	1,766	64
Total de actividades preventivas.	2,747	554	660	66	270	479	705	13
Control de placa	169	15	43	3	19	31	57	1
Aplicación de flúor	920	206	240	20	86	144	220	4
Enseñanza de técnica de cepillado	874	207	197	16	81	153	215	5
Prófilaxis	784	126	180	27	84	151	215	3
Total de actividades curativas.	7,547	488	3,685	435	1,082	755	1,061	51
Examen	3,751	256	2,477	125	310	235	332	16
Exodoncia	571	7	213	54	168	57	54	18
Restauraciones	1,418	86	393	105	233	245	355	1
Pulpotomía	122	21	64	9	16	6	6	-
Radiografía	-	-	-	-	-	-	-	-
Bases	400	37	180	29	83	45	25	1
Endodoncia	17	-	10	4	3	-	-	-
Cirugía	3	1	-	-	-	-	2	-
Otras actividades	1,265	80	348	99	269	167	287	15

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter y del Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región Metropolitana de Salud.

En cuanto a las actividades curativas que incluye el diagnóstico de la situación de salud bucal de estos grupos el mayor número de atenciones fue recibida por los escolares.

En la información anual de la Región de Salud de San Miguelito observamos que Torrijos Carter al igual que Cerro Batea realizan el menor número de actividades preventivas y curativas. Así mismo son los centros de salud de Amelia Denis de Icaza y Veranillo lo que realizaron un mayor número de actividades de atención integral a la población. (Cuadro No. 26)

En el cuadro No. 27 se presentan las actividades preventivas y curativas realizadas en el país durante el año 1986. En la República de Panamá se realizó un total de 1,506,367 actividades preventivas y curativas, de los cuales 719,390 fueron actividades preventivas y 126,855 fueron actividades curativas.

Observándose una mayor proporción de restauraciones dentarias (218,400) que de exodoncias (187,190). Así mismo se realizaron actividades o tratamientos de problemas odontológicos de más complejidad como son Endodoncias, cirugías orales y periodontales. El uso de la hora odontológica en el país fué de 3.5 consultas por hora y de 7.2 actividades por hora.

CUADRO No. 26

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL

INICIA O REGION: REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
TRIMESTRE O SEMESTRE: ANUAL

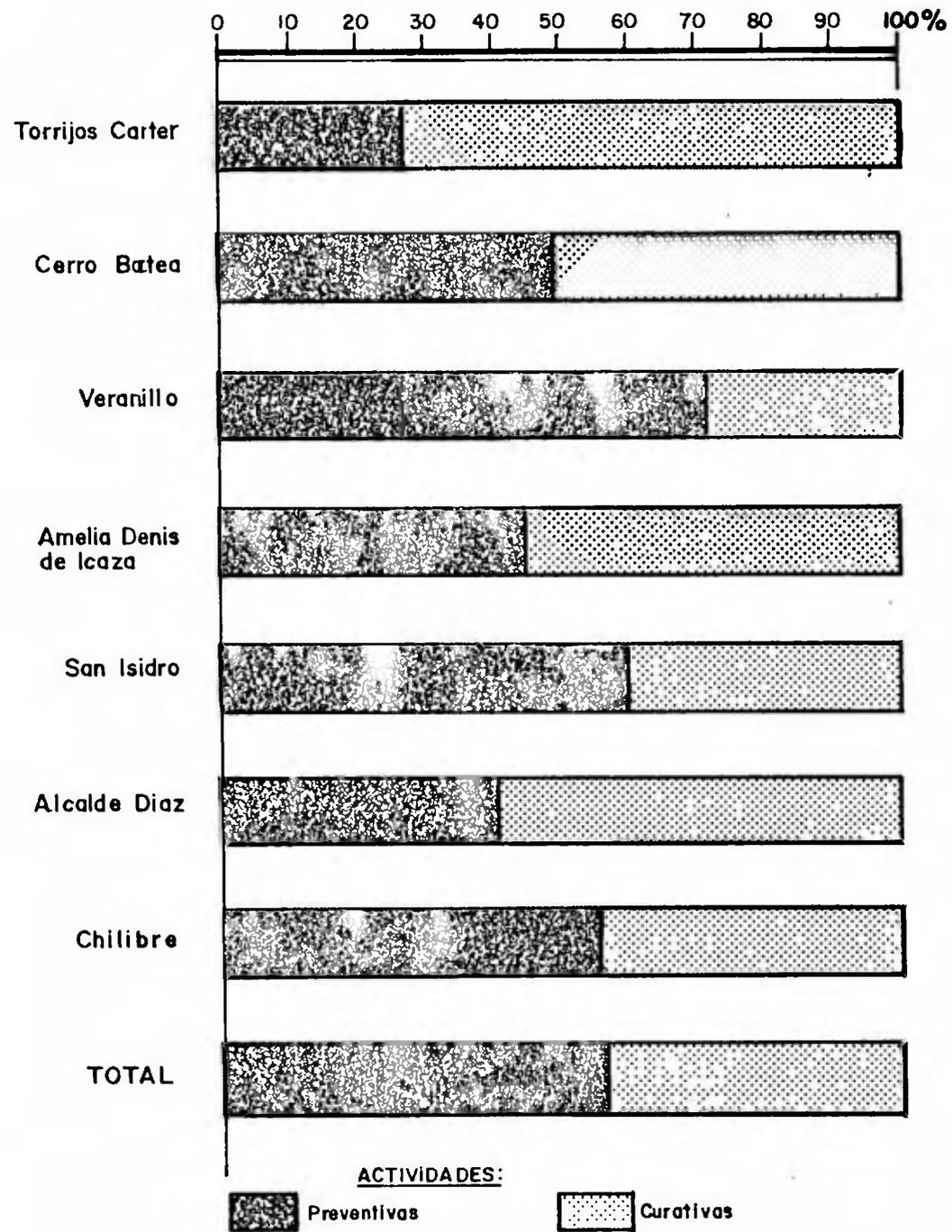
INSTITUCION: MINISTERIO DE SALUD
AÑO: 1986

	TOTAL	Torrijos Carter	Cerro Batea	Alcalde Díaz	Chilibre	Veranillo	Amelia Denis De Icaza	San Is:
l de personas atendidas (la. consul	46,818	3,751	2,234	7,511	2,963	14,556	9,631	6
l de consultas (la. y reconsulta)	101,214	5,064	3,895	10,658	6,337	29,275	25,219	20
al de horas odontológicas.	32,760	2,520	3,360	5,040	3,360	9,240	5,040	4
medio de consultas por hora.	3.1	2.0	1.2	2.1	1.9	3.2	5.0	4
medio de actividades por hora.	9.0	4.1	4.1	5.4	5.9	12.6	14.8	7
al de pacientes terminados.	-	-	-	-	-	-	-	-
/IDADES PREVENTIVAS								
erencias u otras demostraciones cativas.	-	-	-	-	-	-	-	-
ontrol de placa bacteriana.	37,912	169	1,977	2,118	3,615	18,157	8,432	3
añanza de técnica de cepillado.	41,806	874	2,100	3,337	3,620	19,569	10,001	2
icación tópica de flúor..	79,793	920	2,021	4,892	3,620	42,245	13,514	12
filaxis.	8,875	784	759	804	209	3,164	1,313	-
as actividades.	-	-	-	-	-	-	-	-
/IDADES CURATIVAS								
enes.	46,818	3,751	2,234	7,511	2,963	14,556	9,631	6
oncia.	15,022	571	1,247	2,059	1,483	5,817	1,886	1
auraciones.	16,946	1,418	1,078	2,295	1,205	6,622	2,797	1
gía oral.	367	3	32	4	-	237	34	-
loncia.	201	17	-	41	-	109	-	-
amiento periodontal.	-	-	-	-	-	-	-	-
ografías.	472	-	2	3	-	176	291	-
esis.	-	-	-	-	-	-	-	-
s actividades.	47,029	1,787	2,417	4,443	3,155	6,225	26,587	2
l de actividades preventivas y ativas.	295,241	10,294	13,867	27,507	19,870	116,477	74,520	32

te: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de la Región Metropolitana de Salud, 1986.

Gráfico N° 3

AREA DE SALUD DE SAN MIGUELITO
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS
 SEGUN TIPO, POR INSTITUCION: AÑO 1986



CUADRO No. 27

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD BUCAL

PROVINCIA O REGION: REPUELICA DE PANAMA INSTITUCION _____
MES, TRIMESTRE O SEMESTRE ANUAL AÑO: 1986

Total de personas atendidas (1a. consulta).	261,609
Total de consultas (1a. y reconsulta).	725,154
Total de horas odontológicas.	209,804
Promedio de consultas por horas.	3.5
Promedio de actividades por hora.	7.2
Total de pacientes terminados.	-
ACTIVIDADES PREVENTIVAS	
Conferencias u otras demostraciones educativas.	34,420
Control de placa bacteriana.	124,468
Enseñanza de técnica de cepillado.	165,946
Aplicación tópica de flúor.	225,325
Profilaxis.	54,129
Otras actividades.	115,042
Total de actividades preventivas.	719,390
ACTIVIDADES CURATIVAS	
Exámenes.	261,609
Exodoncia.	187,190
Restauraciones.	218,400
Cirugía oral.	3,725
Endodoncia.	4,103
Tratamiento periodontal.	17,421
Radiografías.	18,075
Prótesis.	-
Otras actividades.	76,454
Total de actividades curativas.	<u>786,977</u>
Total de actividades preventivas y curativas.	1,506,367

Fuente: Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud.

4. Núcleos de Servicios Odontológicos:

En la Región de Salud de San Miguelito además del consultorio odontológico de Torrijos Carter que cuenta con 2 unidades dentales completas, donde laboran 2 odontólogos (12 horas-odontólogo diarias) y 2 asistentes dentales, encontramos 6 centros de salud con servicios odontológicos que brindan atención integral básico a la población de esa área que son: Veranillo, San Isidro, Amelia Denis De Icaza, Cerro Batea, Alcalde Díaz y Chilibre.

Siendo Veranillo la que cuenta con más recursos ya que posee 3 consultorios con 6 sillones dentales, atendidos por 7 odontólogos (44 horas- odontólogo diaria) y 3 asistentes de odontología. (Ver Cuadro No. 28). Este cuadro no incluye la información de los núcleos odontológicos ubicados en la Policlínica de la Caja de Seguro Social de Villa Guadalupe y en la Policlínica de Santa Librada.

CUADRO No. 28

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
RECURSO HUMANO Y AREAS FISICAS DE LOS
DEPARTAMENTOS DE SALUD BUCAL, 1986.

Recursos Humanos y Físicos	Total	CENTROS DE SALUD DEL AREA SANITARIA DE SAN MIGUELITO						
		Veranillo	Amelia Denis De Icaza	San Isidro	Torrijos Carter	Cerro Batea	Alcalde Díaz	Chilibre
Odontólogos	27	7	4	3	2	3	3	2
Horas odontólogos (diarias)	156	44	24	20	12	16	24	16
Asistente de Odontólogo	11	3	1	-	2	1	2	2
Consultorios	10	3	2	1	1	1	1	1
Sillones dental	18	6	2	2	2	2	2	2

Fuente: Departamento de Registros Médicos y Estadística de la Región Metropolitana de Salud.

5. Capacidad instalada y modelo de atención.

Para el análisis del modelo de atención se utilizó una lista de cotejo que nos permitió caracterizar y definir dicho modelo. La primera columna caracteriza al modelo tradicional y la segunda al modelo innovado que fueron definidos en el marco teórico.

El Centro de Torrijos Carter cuenta con 2 odontólogos y 2 asistentes de odontología, una con la categoría asistente de odontología formada en la Universidad de Panamá y otra con la categoría de auxiliar de odontología entrenada en servicio, según lo establece el Resuelto Ministerial 321 de 1975, y el Manual de Normas de Odontología.

Torrijos Carter posee 2 equipos odontológicos completos con sillones anatómicos demasiado grandes para el área de trabajo y con mesas auxiliares donde están ubicadas las piezas de alta y baja velocidad, la jeringa triple y la succión.

Poseen algunos elementos que son innecesarios. Estos equipos no fueron diseñados y contruídos para el área en particular.

FOTOGRAFIA No. 2



Departamento de Salud Bucal del Centro de Salud
de Torrijos Carter.

El área física fue construida con las mismas dimensiones de todos los cubículos del "Módulo Básico" diseñado para los Centros de Salud del Ministerio.

No existe libros de citas con programación previa de pacientes por lo que, el instrumental se prepara según los pacientes que van atendiéndose durante el día y que demandan espontáneamente los servicios.

No se utiliza técnicas para trabajo en equipo como son las de "odontología" a 4 ó 6 manos. La asistente gira alrededor del odontólogo acercándole aquellas cosas que necesita y que estan ubicadas en muebles alejados del área de trabajo. Así mismo prepara y coloca en una bandeja los materiales básicos que se requieren en los diferentes tratamientos a los pacientes. (Ver Anexo No. 4)

La atención de los problemas de la comunidad bucal se dan por la unidad diente y no por cuadrante o arcada.

Se utiliza una ficha integral, que es considerada compleja y extensa.

El Comité de Salud, a través de compras directas adquiere los materiales en la medida que se van agotando considerando para ello los criterios técnicos de los odontólogos del nivel local.

FOTOGRAFIA No. 3



Vista frontal del Centro de Salud de Torrijos
Carter.

FOTOGRAFIA No. 4



Vista lateral del Centro de Salud de Torrijos
Carter.

En cuanto a otros aspectos de la administración de este modelo, encontramos que no se realiza programación diaria de pacientes y los pacientes demandan la atención de sus necesidades más urgentes o bien cuando los problemas están en sus fases terminales.

El equipo odontológico es atendido por técnicos del Ministerio o técnicos de empresas privadas cuando presenta un daño para su reparación. No existe una rutina de mantenimiento preventivo programado.

Se realiza inventario periódico de la existencia de equipo, instrumentos y material gastable.

Los informes mensuales, que incluye actividades preventivas, actividades curativas, y horas trabajadas son remitidas mensualmente al Departamento de Estadística de la Región de Salud de San Miguelito; que a su vez lo remite al nivel central.

CUADRO No. 29

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
ANALISIS DEL MODELO DE ATENCION, 1986.

Modelo de atención tradicional	Modelo de atención innovado
1. <u>Recursos humanos disponibles:</u>	1. <u>Recursos humanos disponibles:</u>
- 1 asistente para 2, 3, 5 y + odont. <input type="checkbox"/>	- 1 asistente para cada odontólogo. <input checked="" type="checkbox"/>
- 1 odontólogo para 5,000 y + hab. <input checked="" type="checkbox"/>	- 2 ó más profesionales de la odontología. <input checked="" type="checkbox"/>
- 1 solo odontólogo <input type="checkbox"/>	- 1 odontólogo para 5,000 habitantes. <input type="checkbox"/>
2. <u>Equipos:</u>	2. <u>Equipos:</u>
- Equipos no diseñados para trabajos específicos. <input checked="" type="checkbox"/>	- Equipos diseñados para trabajos específicos. <input type="checkbox"/>
- Equipos con elementos superfluos o innecesarios. <input checked="" type="checkbox"/>	- Equipos sin elementos superfluos o mnesarios. <input type="checkbox"/>
- Equipos demasiado grandes para el área de trabajo. <input checked="" type="checkbox"/>	- Equipos con tamaños adecuados para el área de trabajo. <input type="checkbox"/>
- Equipos tradicionales para el trabajo a 2 manos. <input checked="" type="checkbox"/>	- Equipos innovados para el trabajo de 4 manos. <input type="checkbox"/>
- Equipos tradicionales para trabajo a 2 y 4 manos. <input type="checkbox"/>	- Equipos innovados para el trabajo a 6 manos. <input type="checkbox"/>

Modelo de atención tradicional	Modelo de atención innovado
3. <u>Instrumental:</u>	3. <u>Instrumental:</u>
- Instrumentos usados sin programación previa. <input checked="" type="checkbox"/>	- Organización de instrumentos según su frecuencia de uso (bandejas de instrumentos). <input type="checkbox"/>
- Instrumentos diversos. <input checked="" type="checkbox"/>	- Instrumental estandarizado. <input type="checkbox"/>
4. Areas físicas sin diseño específico. <input checked="" type="checkbox"/>	4. Areas físicas diseñadas según modelo de atención programado. <input type="checkbox"/>
5. <u>Técnicas:</u>	5. <u>Técnicas:</u>
- Uso de técnicas complejas. <input type="checkbox"/>	- Uso de técnicas simplificadas (procedimientos operatorios). <input type="checkbox"/>
- Odontólogo trabajando solo. <input checked="" type="checkbox"/>	- Uso de técnica de odontología a 4 ó 6 manos. <input type="checkbox"/>
- Abordaje de los problemas odontológicos por la unidad diente. <input checked="" type="checkbox"/>	- Abordando los problemas odontológicos por cuadrante. <input type="checkbox"/>
- Ficha compleja y extensa. <input checked="" type="checkbox"/>	- Por arcada. <input type="checkbox"/>
6. <u>Biomateriales:</u>	6. <u>Biomateriales:</u>
- Uso de biomateriales de fraguado lento. <input type="checkbox"/>	- Uso de nuevos biomateriales de fraguado rápido. <input checked="" type="checkbox"/>

Modelo de atención tradicional	Modelo de atención innovado
<p>7. <u>Administración:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de la demanda de necesidades urgentes o frente a daños terminales. <input checked="" type="checkbox"/> - Sistema de mantenimiento, solo curativo. (Equipo Odontológico) <input checked="" type="checkbox"/> - Adquisición de materiales, instrumentos y equipos que se van gastando durante el desarrollo de las actividades. <input checked="" type="checkbox"/> 	<p>7. <u>Administración:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Programación de la atención donde se compatibilicen recursos, citas, pasos de acuerdo con el plan de tratamiento para la atención integral, que comprende actividades preventivas y curativas. <input type="checkbox"/> - Sistema de inventario. <input checked="" type="checkbox"/> - Sistema de adquisiciones en donde se centralicen todas las compras, de acuerdo a evaluaciones periódicas y con un sentido de anticipación que evite carencias. <input type="checkbox"/> - Sistema de mantenimiento preventivo. (Equipo Odontológico). <input type="checkbox"/>

6. Productividad y Producción de los recursos humanos.

Para el año 1986 en el Centro de Salud de Torrijos Carter se realizaron 5,064 consultas y 10,294 actividades preventivas y curativas en las 2,520 horas trabajadas por los odontólogos de esta instalación.

La productividad del Odontólogo es medida con los indicadores de promedio de Consultas por horas, que según la norma debe ser de 3 consultas por hora y el promedio de actividades por hora, que según la norma debe ser de 4.2.

En Torrijos Carter el promedio de consultas por hora es de 2.0 y el promedio de actividades por hora era de 4.1. (Ver Cuadro No. 30). En la Región de Salud de San Miguelito presenta en su totalidad un promedio de consultas por hora de 1.4 y un promedio de 3.1 actividades por hora.

CUADRO No. 30

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
PRODUCTIVIDAD Y PRODUCCION DE LOS RECURSOS HUMANOS, 1986.

	CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER	AREA DE SALUD DE SAN MIGUELITO
Total de consultas	5,064	101,214
Total de actividades preventivas y curativas.	10,294	295,241
Total de horas traba- jadas.	2,520	32,760
Promedio de consultas por hora. (1)	2.0	1.4
Promedio de actividad por hora. (2)	4.1	3.1

(1) Norma: 3.0

(2) Norma: 4.2

Fuente: Departamento de Estadística del Centro de Salud de
Torrijos Carter y de la Región de San Miguelito.

7. Costos de los Servicios.

Para analizar la variable costo de los servicios se utilizó el indicador de costo promedio de la consulta. Este dato es difícil obtenerlo ya que hay una gran cantidad de información que se sistematiza y organiza solo para fines de contabilidad, en cuanto a ingresos y egresos. Sin embargo su desglose no permite conocer mayores detalles sobre el uso adecuado de esos recursos. Esto no solo ocurre en el Centro de Salud de Torrijos Carter sino también en todos los Centros de la Región de Salud de San Miguelito.

En el Cuadro No. 31 se registraron los ingresos de cada programa. Egresos por concepto de insumos mínimos y los distribuidos proporcionalmente según su producción.

El Cuadro No. 32 presenta el total de consultas de odontología realizadas (5,064), el total de egresos en concepto de insumos mínimos esenciales (B/5,495.94) y los egresos en concepto de personal (B/22,596.00) que suman un total de(B/28,091.94).

Resultando un promedio de B/5.54 por consulta odontológica.

CUADRO No. 31

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
INGRESOS Y EGRESOS DE SERVICIOS FINALES, INTERMEDIOS Y OTROS *
1986

Componentes.	Consulta de adulto, pediatría y otros.	Odontología	Salud Ambiental	Laboratorio	Farmacias	Otros	Total
Ingresos	11,049.61	5,561.35	397.75	10,751.14	1,983.04	4,037.91	33,780.80
%	32.7	16.5	1.2	31.8	5.9	11.9	100
Egresos (Proporcional por servicios)	10,891.95	5,495.94	399.70	10,592.18	1,965.21	3,963.74	33,308.73

* No incluye gastos de luz, teléfono, agua, ni el salario de otro personal de apoyo.

Fuente: Departamento de Contabilidad del Centro de Salud de Torrijos Carter.

CUADRO No. 32

REGION DE SALUD DE SAN MIGUELITO
CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
GASTO PROMEDIO DE LA CONSULTA ODONTOLOGICA, 1986.

Total de consultas.	5,064.00
Egresos en concepto de insumo esenciales y otros servicios (personal, transporte, etc.). (B/.)	5,495.94
Salarios del personal. (B/.)	22,596.00
Total de egresos. (B/.)	28,091.94 (1)
Costo promedio de la consulta odontológica. (B/.)	5.54

(1) No incluye gastos de luz, teléfono, agua, ni el salario de otro personal de apoyo.

Fuente: Departamento de Contabilidad del Centro de Salud de Torrijos Carter.

CAPITULO VI

ANALISIS Y DISCUSION

La Constitución Política de la República de Panamá señala a la salud como: un derecho de todos los individuos y como una responsabilidad del Estado. Con el fin de instrumentar este enunciado el Ministerio de Salud en coordinación con la Caja de Seguro Social formulan políticas, programas y planes de acción tendientes a llevar salud a todos los panameños, principalmente a quienes pertenecen a las clases más postergadas del área rural y urbana marginada.

Dentro de este contexto, se enfoca a los servicios de salud como una inversión económica y social generadora de bienes y servicios y no como un simple gasto no productivo, ya que la fuerza de trabajo y el desarrollo económico están estrechamente vinculados a la situación de salud.

Por otro lado es importante señalar que las características del sistema de salud son peculiares en cada sociedad. Es posible identificar ciertas características generales cuya consideración facilitarían el análisis de sistema y la definición de estrategias realistas para su transformación y desarrollo, así como de las condiciones que debe satisfacer el proceso de su evaluación y monitoría.

El sector salud es considerado convencionalmente como un sistema que produce servicios para toda la sociedad, con el propósito de promover, mantener y restaurar la salud y prevenir la ocurrencia de la enfermedad.

La experiencia derivada del análisis de su funcionamiento hace pensar que es válido definirlo como un sistema altamente dependiente que se desarrolla en incertidumbre y conflicto. El sistema es altamente dependiente de variables y condiciones sociales, económicas y ambientales, entre otras, que están fuera de su dominio, por carecer de la capacidad de transformar esas condiciones con los medios o instrumentos de que dispone y puede realmente manejar salud.

Considerando estos aspectos se ha realizado la evaluación de los servicios odontológicos del Centro de Salud de Torrijos Carter, con el propósito de analizar aquellas variables que pueden ser controladas por el sector salud en el nivel local y cuyos resultados puedan ser utilizados para ajustar o modificar este servicio y que además esta experiencia de monitoría y evaluación sirva como modelo para su implementación en el país.

La primera variable que se consideró fue la de Personal de Salud Bucal, que incluye Odontólogo y personal

auxiliar. Según estudios realizados por grupos técnicos odontológicos de la Organización Panamericana de la Salud la proporción adecuada de odontólogos es de 1 odontólogo para cada 5,000 habitantes. Esta proporción permite brindar atención preventiva y curativa básica a este grupo de población. El área de Torrijos Carter presenta una proporción de 1 odontólogo para cada 23,502 habitantes, observándose que en la región de salud de San Miguelito la proporción es de 1 odontólogo para cada 8,204 habitantes. Esto nos indica que además de la falta de estos profesionales, existe una inadecuada distribución de los odontólogos en el sector. Por otro lado tenemos que en el Centro de Salud de Torrijos Carter uno de los odontólogos tiene 8 horas diarias y el otro tiene 4 horas diarias, por lo que resulta obvio que el número de horas diarias es poca para la población a atender.

Se observa por otra parte que el rendimiento de la Consulta Odontológica en el Centro de Salud de Torrijos Carter está por debajo de la norma nacional. Esta sugiere la necesidad de adelantar un programa más agresivo de divulgación y educación en salud bucal a la comunidad en general.

En cuanto al personal auxiliar de Odontología el Centro de Salud de Torrijos Carter cuenta con una asistente graduada en la Universidad de Panamá y una Auxiliar de Odontología entrenada en servicio, cumpliéndose con la proporción mínima de una asistente para cada odontólogo.

A diferencia de la proporción de asistente por odontólogo en la región de salud de San Miguelito que es de 1 asistente por cada 2.4 odontólogos, lo que indica la necesidad de incrementar este recursos, que es de vital importancia en el desarrollo de los servicios de Salud Bucal, no solo para apoyar al Odontólogo al lado del sillón dental, sino también en actividades de promoción, educación, prevención, actividades clínicas y actividades administrativas.

En el análisis de la variable cobertura efectiva se usó "el porcentaje de población con acceso real (o demanda) a los servicios" integrales de Salud Bucal, como indicador.

A través de los últimos años el porcentaje (%) de cobertura de los servicios odontológicos en el país no ha sido superior al 10% de la población. Para 1986, el Centro de Salud Torrijos Carter atendió al 7.9% de la

población y la región de salud de San Miguelito el 16.4%. Este porcentaje puede incrementarse en la medida en que la hora odontológica se utilice en una forma más eficiente, si se incrementa el personal odontológico (odontólogo y personal auxiliar) y el número de equipos odontológicos, si se realizan actividades educativas y preventivas en forma masiva y si se utiliza un modelo de atención más eficiente.

Del total de la población atendida los manipuladores de alimentos, las maternas, y los escolares son los grupos con los que se logra una mayor cobertura. De la misma manera se presenta en el resto de la región de salud de San Miguelito.

La población de Torrijos Carter recibe servicios preventivos y curativos (atención integral básica) a igual que el resto de la población de la región de salud de San Miguelito. No obstante, la atención preventiva es baja en Torrijos Carter por lo que debe impulsarse el desarrollo de estas acciones principalmente en los niños de 0-4 años, en escolares y maternas. Sin embargo tenemos que se desarrollan actividades preventivas que no requieren la participación directa de la población y que son de carácter gubernamental como es el agua fluorada por el IDAAN que beneficia el 88.1% de la población de Torrijos Carter.

A lo largo de toda la extensión territorial de la región de salud de San Miguelito existen núcleos de servicios odontológicos que permiten que la población cuente con la atención de su salud bucal en forma accesible (geográfica, económica, etc.), por lo que es necesario aumentar las acciones de promoción y educación para que aumente la utilización de estos servicios. Estas acciones deben ser desarrolladas en el centro de salud, en las escuelas y en la comunidad.

Los sectores de San Isidro, Torrijos Carter, Nuevo Veranillo, Cerro Batea, Amelia Denis De Icaza, Alcalde Díaz, Chilibre y Santa Librada, cuentan con servicios odontológicos.

El modelo de atención del centro de salud de Torrijos Carter es un modelo de atención tradicional cuyo diseño arquitectónico no posee las características que la Ergonomía señala para que el trabajo que se realice, no exija mayores esfuerzos al personal y se pueda lograr una mayor cobertura de la población con una mejor calidad.

Los muebles y los equipos están ubicados de tal manera que una gran cantidad de elementos necesarios en la ejecución de los actos operatorios o quirúrgicos están muy distantes tanto del odontólogo como de la Asistente

de Odontología. No se realizan técnicas modernas de trabajo en equipo para que este sea más ágil y oportuno.

La atención no se realiza en forma programada, se atienden los pacientes que demandan atención de manera espontánea, de urgencias o de tratamiento odontológicos de problemas o daños que generalmente están en una fase avanzada.

A pesar de existir normas, que así lo establecen, no hay estandarización de los instrumentos, ni se preparan bandejas para los diferentes tratamientos que se ejecutan.

La adquisición de biomateriales se realiza en la medida en que se van agotando y en base a los criterios técnicos de los odontólogos que laboran en el Centro de Salud. Estos criterios generalmente van acordes a los avances tecnológicos de la Odontología. El inventario de equipo e instrumentos se efectúa anualmente.

No existe una rutina de mantenimiento preventivo de los equipos. Los daños que se presentan son generalmente producto de esta falta de mantenimiento preventivo y son atendidos finalmente por técnicos formados y contratados por el Ministerio o de empresas privadas..

En general podemos decir que el servicio es poco eficiente por lo que la cobertura es baja.

La variable producción y productividad nos indica que con las horas contratadas de odontólogos se pueden incrementar las acciones de Promoción y Educación y se puede mejorar el Sistema de Atención para un uso más eficiente de los recursos. El promedio de consultas por hora 2.0 es bajo y el de servicio por hora 4.1, aunque se acerca a la norma también es bajo en relación a lo realizado en otros Centros de Salud de la región sanitaria.

El valor del costo de la consulta odontológica fue difícil de obtener debido a que no se dispone de un modelo sencillo, fácil de aplicar y de bajo costo que suministre información del gasto real que nos permita producir los indicadores generales más importantes. Con los datos existentes se logró una aproximación del costo promedio de la consulta odontológica, quedando establecido en B/5.54. Este costo incluye tanto la consulta preventiva como curativa, el cual pareciera un costo bajo, no obstante estos datos no se obtienen en otros lugares y si se realizan no se divulgan, por lo que no podríamos hacer un análisis comparativo de esta información.

En cuanto a los Registros Estadísticos existe una hoja de Registro Diario e Informes que se elaboran mensual, trimestral, semestral y anualmente, cuyos datos no son utilizados por el personal odontológico para producir indicadores generales para la evaluación integral de los servicios en el nivel local.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. No existe una clara definición de las variables e indicadores de monitoria y evaluación de los servicios odontológicos del nivel local.
2. Los datos de los registros de Odontología, los de personal, los de contabilidad y otros, se manejan independientes y no son utilizados en su conjunto por el personal odontológico.
3. Los datos que se obtienen de los registros diarios de Odontología y otros registros, no se utilizan para formular indicadores gerenciales, de utilidad para decisiones y para una eficiente administración de los servicios.
4. Al evaluar el servicio de Salud Bucal del centro de salud de Torrijos Carter observamos que es tradicional y de poca cobertura por lo que se propone el establecimiento de un proceso de monitoría y evaluación permanente que facilite hacer más eficiente el proceso de gestión en la prestación de estos servicios.

RECOMENDACIONES

1. Definir las variables e indicadores de monitoría y evaluación de los servicios odontológicos en los diferentes niveles, principalmente en el nivel local.
2. Definir un modelo sencillo, fácil de aplicar y de bajo costo que suministre la información integrada, para producir los indicadores gerenciales más importantes para una más eficiente conducción de estos servicios.
3. Basados en la información obtenida en este estudio que el Centro de Salud de Torrijos Carter desarrolle un proyecto de readecuación de los servicios odontológicos, que tenga como propósito fundamental aumentar la cobertura, mediante el mejor y más adecuado aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y materiales de que disponen, mejorando de esta forma la eficiencia de este servicio.
4. Desarrollar un modelo de programación local basado en un adecuado proceso de monitoría y evaluación.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Asamblea Nacional de Representantes de Corregimiento, Constitución Política de la República de Panamá de 1972, Gaceta Oficial No. 19, 826, del 6 de junio de 1983.
2. OPS, OMS, La Salud Oral como componente de la Atención Primaria, Informe de la reunión del grupo de trabajo, San José, Costa Rica, 1984.
3. Dr. Roberto Rondón, M. Doria, A. Romero, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), La Atención Primaria: una aproximación a su comprensión, noviembre 1986, Caracas, Venezuela.
4. Estrategias regionales de salud para todos en el año 2,000, documento.
5. Ministerio de Salud - Departamento de Salud Bucal, Programa Nacional de Salud Bucal, República de Panamá, noviembre de 1983.
6. OPS/PNUD, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Salud Oral en el proceso hacia un nuevo enfoque República Dominicana, Puerto Plata, diciembre de 1984, pág. 82-91.
7. Ministerio de Salud, Política y Programa de Medicina Comunitaria en Panamá, 1968.
8. OPS/OMS, Salud para todos en el año 2,000, Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales, documento oficial No. 179, 1982.
9. Area de Salud de San Miguelito, Diagnóstico de Salud del Area de San Miguelito, 1986.
10. Departamento de Estadística del Centro de Salud de Torrijos Carter, 1986.
11. Departamento de Estadística del área de Salud de San Miguelito, Informes Anuales, 1986.

12. Departamento de Estadística de la Región Metropolitana de Salud, Informes Anuales, 1986.
13. Departamento de Estadística del Ministerio de Salud, Informes Anuales, 1986.
14. Contraloría General de la Nación, Departamento de Estadística y Censo, Censo de Población de 1980.
15. OPS/Salud Oral, Determinación de Atención en Estomatología Simplificada, Washington, 1986.
16. Bournigal, Mario y otros. Evaluación de la Atención Estomatológica en Santiago de los Caballeros, República Dominicana. Etapa 1, Educación Médica y Salud, Volumen 20, 2 de noviembre de 1986.
17. Ministerio de Salud, CSS, OPS, Sistema de Gasto, Producción y Costo, Proyecto: Red. de Servicios de Salud, febrero de 1987.
18. OMS, Comité de Expertos, Planificación y evaluación de Servicios de Odontología de Salud Pública, Serie de Informes Técnicos 589, Ginebra, 1976.
19. Departamento de Salud Bucal, Manual de Normas y Procedimiento - Aspectos Administrativos, Panamá, 1983.

GLOSARIO

GLOSARIO

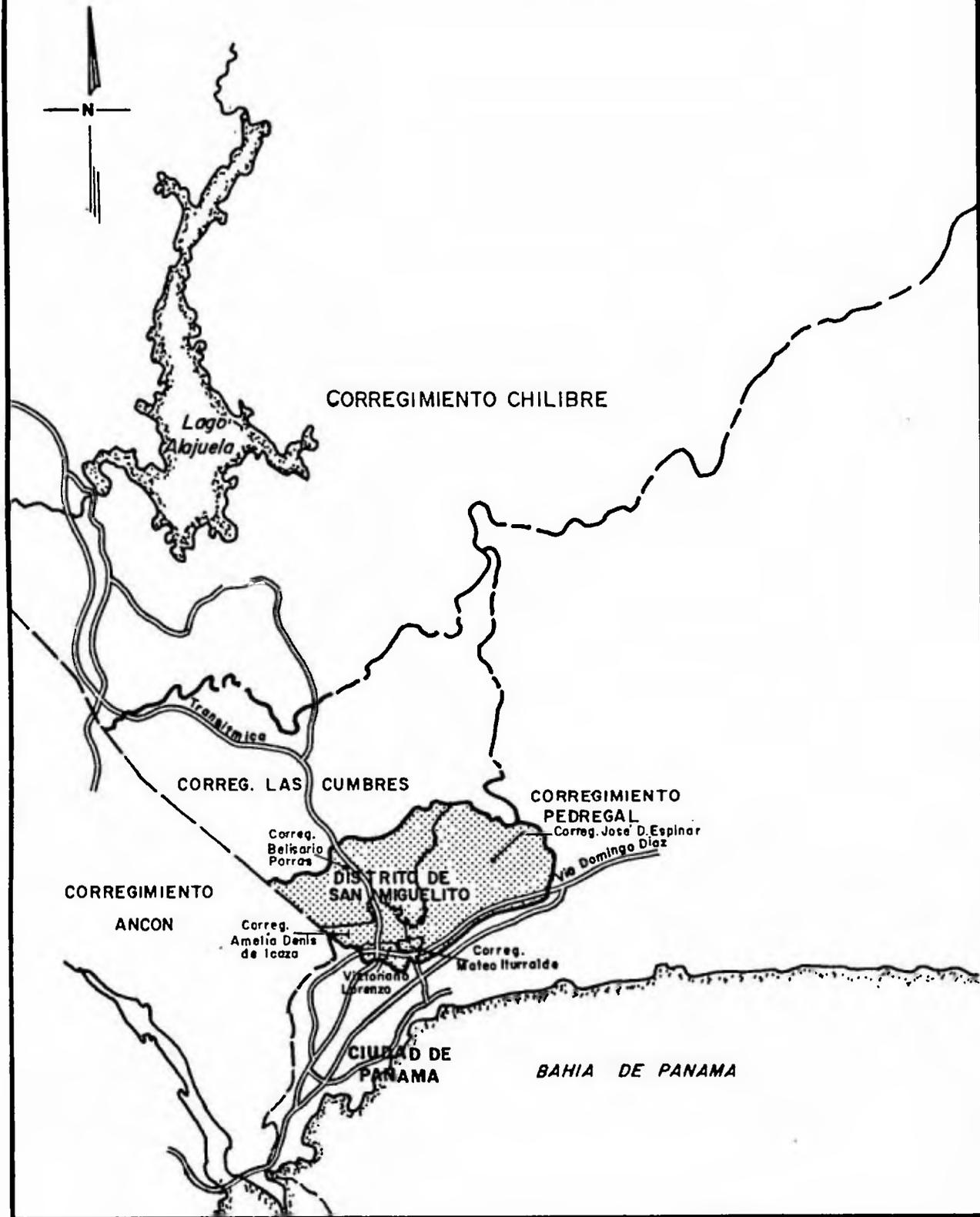
Recursos:	Número de unidades de servicios según tipo, horas del personal de dotación. Distribución de este personal para la atención.
Producción:	Total de atenciones según tipo de profesional que la brinda y grupo de población destinatario.
Productividad:	Número de atenciones por hora-personal.
Costo:	Costo promedio anual de la atención.
Indicadores de cobertura:	Población por grupo de unidad de atención.
Población con acceso real a los servicios:	Población de responsabilidad del centro de salud y aquellas que por razones económicas o geográficas demanda los servicios de salud de esa institución. Población demandante.
Instrumentar:	Combinación de recursos humanos, materiales y financieros en calidad y cantidad necesaria para realizar una acción de salud según normas aprobadas.

A N E X O S

ANEXO No. 1

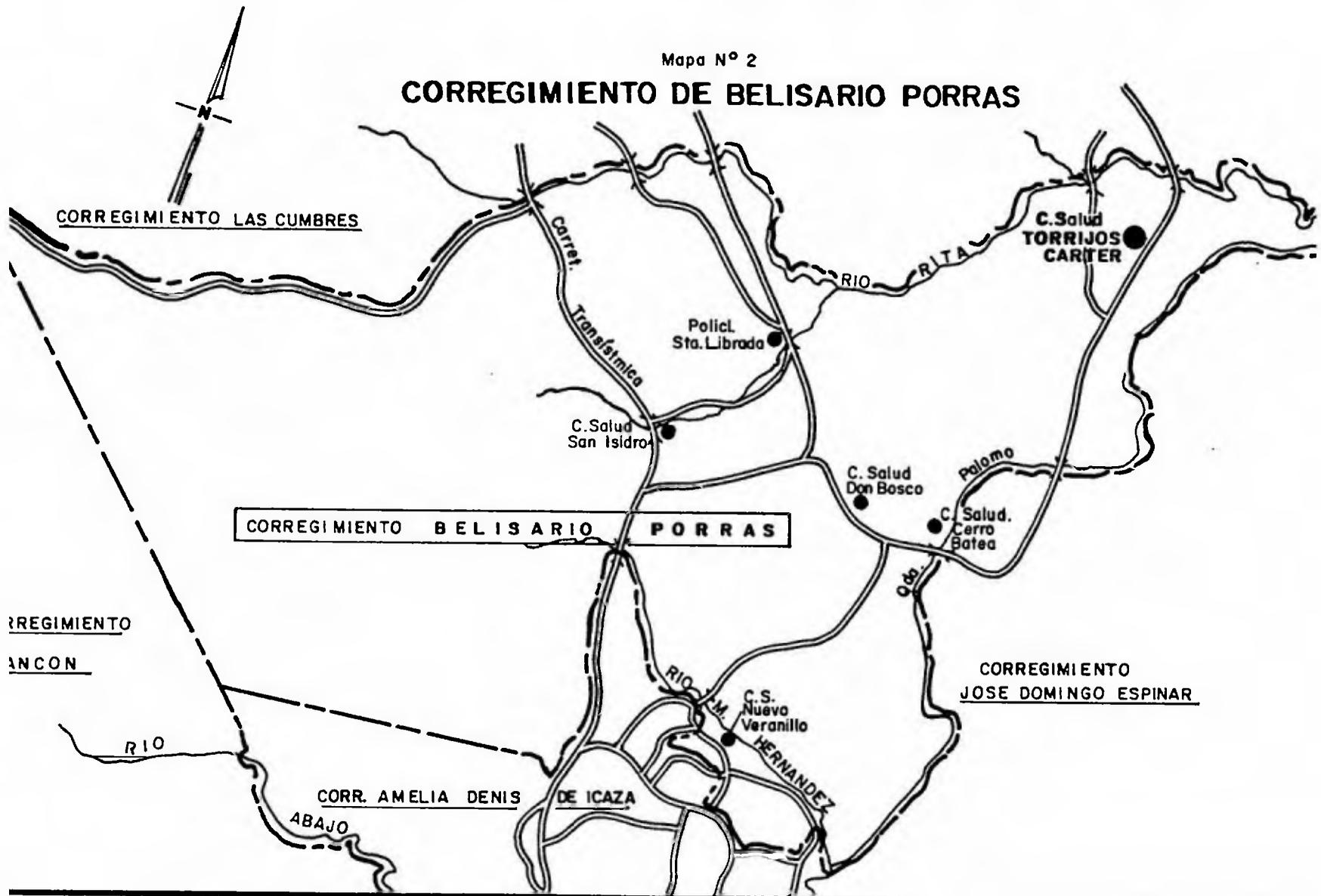
Mapa N° 1

REGION SANITARIA DE SAN MIGUELITO



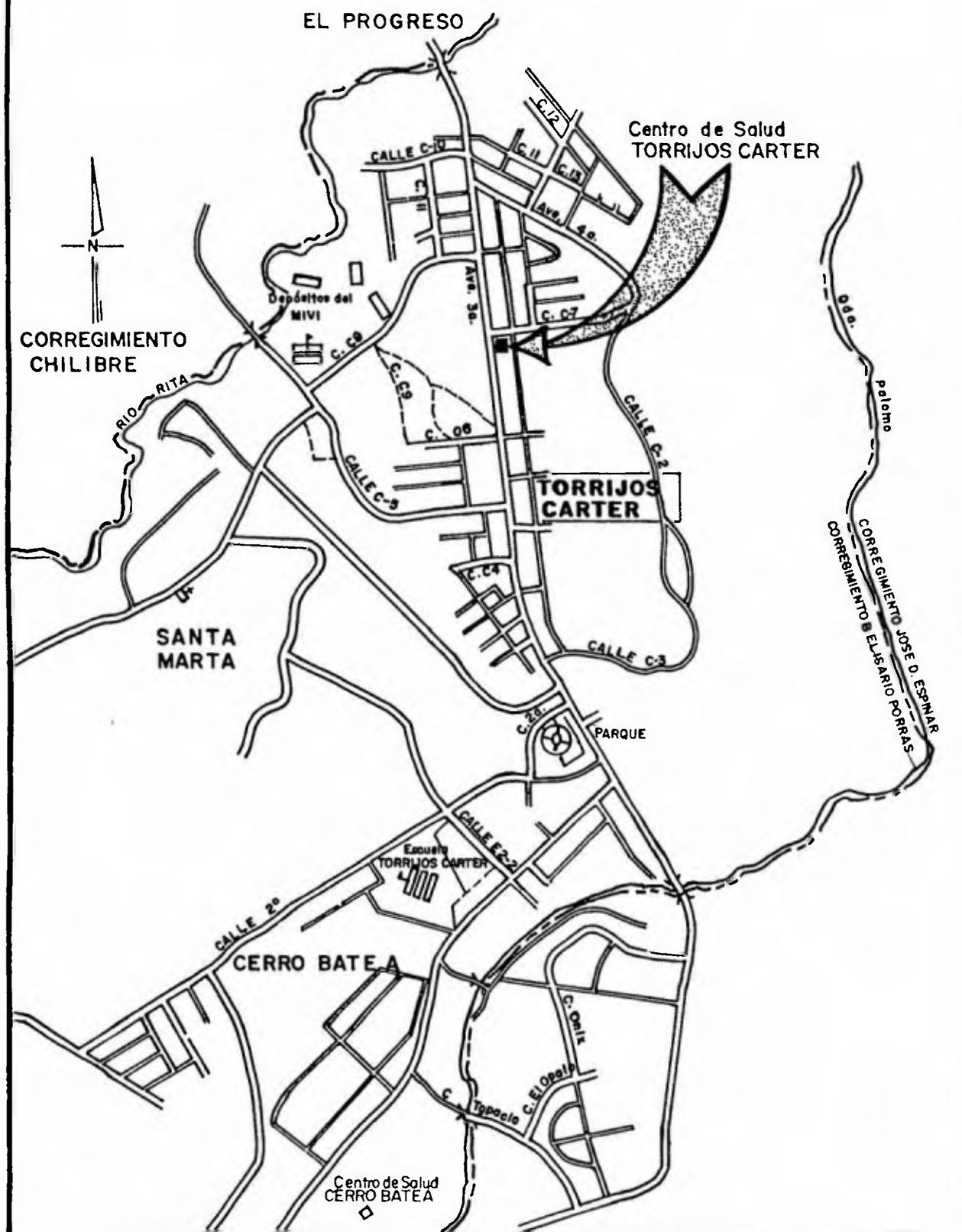
Mapa N° 2

CORREGIMIENTO DE BELISARIO PORRAS



Mapa N° 3

SECTOR DE TORRIJOS CARTER



ANEXO No. 2

CENTRO DE SALUD DE TORRIJOS CARTER
LISTA DE PERSONAL Y SALARIO 1986

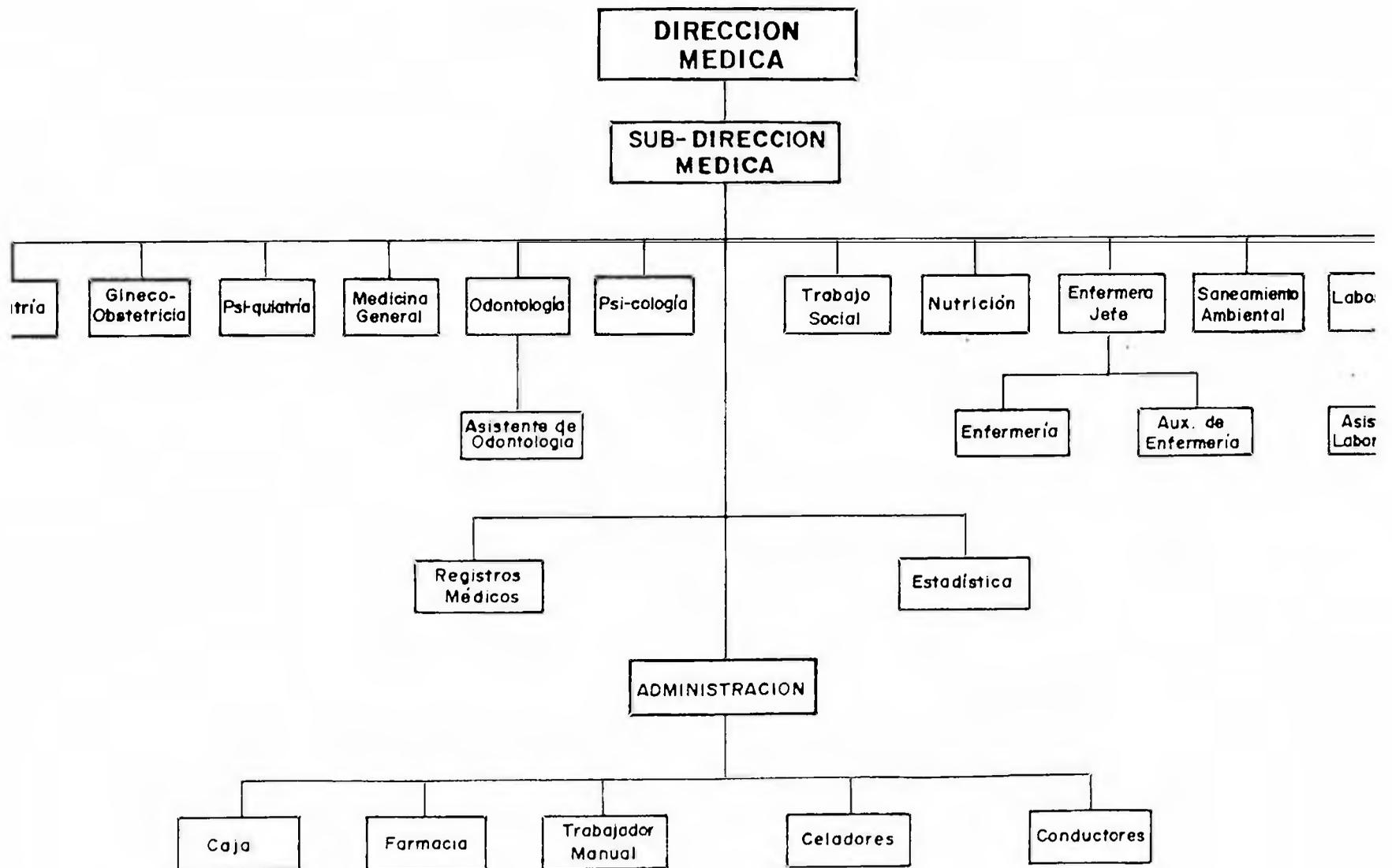
	<u>PLANILLA</u>	<u>POSICION</u>	<u>SALARIO</u>
DRA. MARA H. SENTMAT (Pediatria)	08-12	00591	B/1,800.00
DR. RAMON D. SEGISIAN (Odontólogo)	08-12	12618	1,120.00
DR. ANTONIO JARAMILLO C. (Méd. Gral.)	08-12	04803	1,504.00
DR. FRANCISCO ARIAS G. (Odontólogo)	08-12	14033	513.00
DRA. SANDRA PASCAL (Méd. Gral.)	08-12	11783	1,504.00
DR. DIMAS GONZALEZ (Méd. Gral.)			
DR. BENITO WONG (Ginecólogo)	08-12	11229	752.00
DR. JUAN FELIPE WONG JR. (Ginecólogo)	08-12	11541	564.00
DR. PEDRO BRANDAO	08-12	03206	1,128.00
DR. MARCEL PENNA (Siquiatra)	08-12	07631	1,316.00
DR. LUIS O. LOPEZ (Odontólogo)	08-12	12792	1,120.00
DR. ALCIDES SENTMAT (Veterinario)	08-12	11710	900.00
ENF. MARITZA N.DE DE GRACIA (Obstetra)	08-12	00690	820.00
ENF. DIANA MARROQUIN (ADULTO)	08-12	12318	620.00
ENF. MERCEDES FORERO (Pediatrias)	08-12	04129	670.00
AUX. DE ENF. MARIA DE MARIN	08-12	01055	380.00
AUX. DE ENF. EVELIA PUGA	08-12	12319	380.00
AUX. DE ENF. DALYS AVILA	08-12	00738	345.00
AUX. DE ENF. MARISOL SAMANIEGO	08-12	00741	310.00
LIC. EMMA M. DE RODRIGUEZ (TRAB.SOCIAL)	08-12	10182	700.00
LIC. CARMEN DE SERRANO (Sicóloga)	08-12	14083	672.00
LIC. ITZEL TRISTAN (Nutriconista)	08-12	06956	700.00
LIC. BLANCA S. DE ATENCIO (Labotorista)	08-12	12509	520.00
INSPECTOR NICOLAS SAAVEDRA	08-12	10470	530.00
INSPECTOR OMAR ESTRIBI	08-12	04352	400.00
INSPECTOR LUCILA DE LEON	08-12	11761	300.00
ADMINISTRACION ANGELA DE BERNA	08-12	14010	218.00
REGISTROS MEDICOS, ANAYANSI DE DE LEON	08-12	12740	202.00
REGISTROS MEDICOS, GUILLERMINA DE SEQ.	08-12	02364	305.00
REGISTROS MEDICOS, BRUNILDA BUSTAMANTE	08-12	12739	285.00
REGISTROS MEDICOS, SILVIA PEREZ	0812	12739	285.00
REGISTROS MEDICOS, LUISA DE GARCES	08-12	01006	285.00
ESTADISTICA, ESTHER DE DEL MAR	08-12	12724	285.00
ASIGN DENTAL, ARACELIS A. ARJONA	08-12	00770	202.00
ASIST. FARMACIA, AURORA PALACIOS	08-12	02749	202.00
TRAB. MANUAL, RUFINA ANDRADES	08-12	01019	202.00
TRAB. MANUAL, NURIA SALAZAR	08-12	05097	202.00
TRAB. MANUAL, MINERVA ALGUERO	08-12	12736	202.00
TRAB. MANUAL, ELIDA DE GONDOLA	08-12	08211	170.00
CAJERO, CARLOS LIMA	08-16	09763	202.00
DR. DIMAS GONZALEZ			

COMITE DE SALUD DE TORRIJOS CARTER

	<u>PLANILLA</u>	<u>POSICION</u>	<u>SALARIO</u>
CONDUCTOR, SECUNDINO GONZALEZ	08-18	03488	202.00
ASISTENTE DENTAL, CARMEN VICTORIA			125.00
AUX. DE ODONTOLOGIA, JUANA C. DE GIL			125.00
AUX. DE LABORATORIO, VIELKA BASSO			130.00

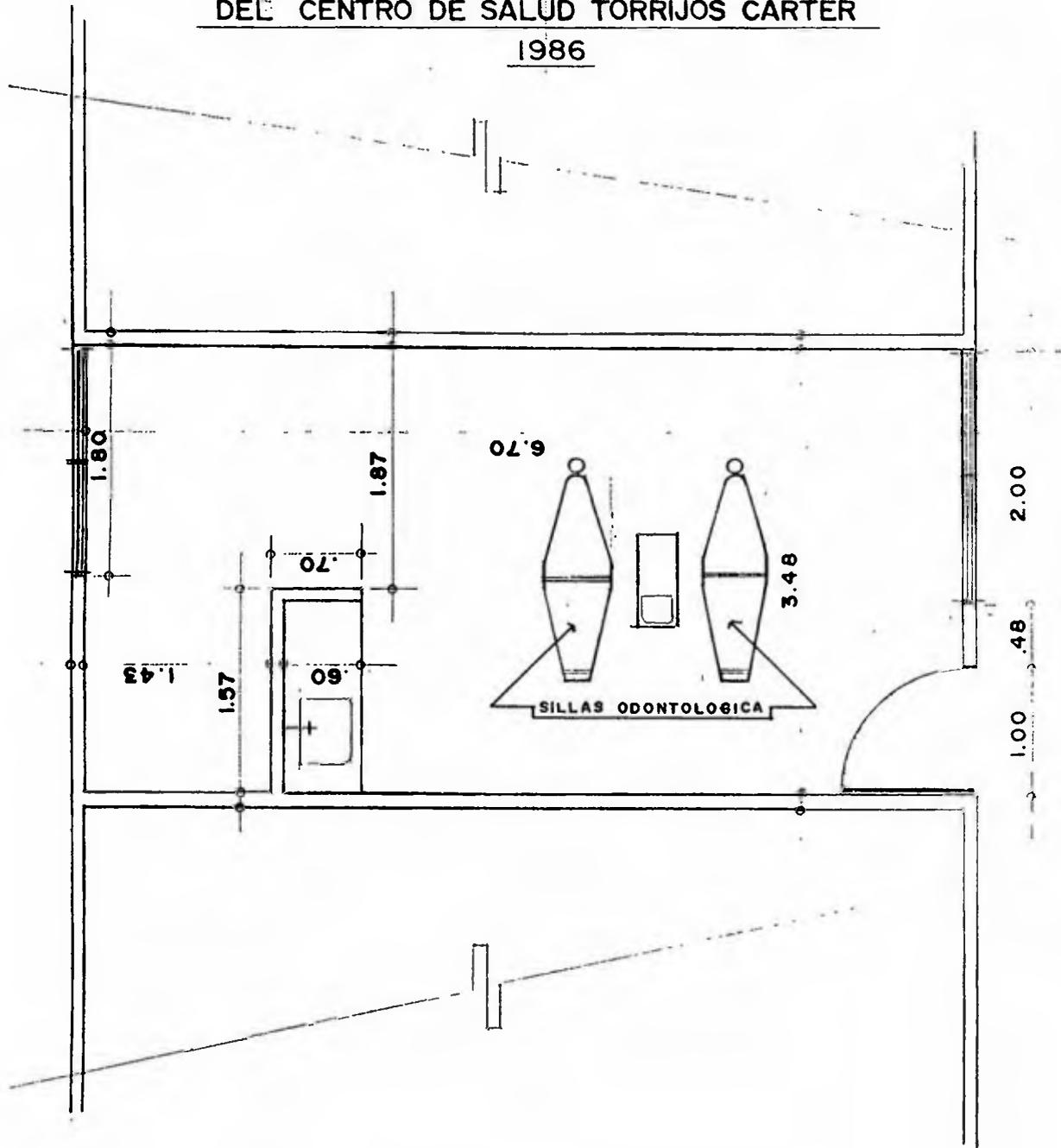
ANEXO No. 3

MINISTERIO DE SALUD- REGION METROPOLITANA
CENTRO DE SALUD TORRIJOS CARTER
ORGANIGRAMA



ANEXO No. 4

DISEÑO ARQUITECTONICO
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD BUCAL
DEL CENTRO DE SALUD TORRIJOS CARTER
1986



PLANTA ARQUITECTONICA
CENTRO DE SALUD TORRIJOS-CARTER

