aas2887

UNIVERSIDAD CATÓLICA ÁNDRES BELLO
VICERECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO.
POSTGRADO DE GERENCIA
DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

DISEÑO DE UN PLAN DE CAMBIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES BÁSICAS OPERATIVAS (SERVICIOS ODONTOLÓGICOS) DEL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN. MUNICIPIO LIBERTADOR. DISTRITO CAPITAL.

Autor: Fernández Hernández. Aymar A.

Asesor: Farrera Tovar. Maritza.

Caracas, 23 de Junio de 2010.

CARTA DE APROBACIÓN

Por la presente hago constar que he leído el Trabajo Especial de Grado, presentado por la ciudadana Aymar Alejandra Fernández Hernández, para optar al grado de especialista en Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud, cuyo título es "Plan de cambio para el Funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos), que posee el Ministerio del Poder Popular para la Educación. Municipio Libertador. Distrito Capital"; y manifiesto que cumple con los requisitos exigidos por la Dirección Gerencial de los Estudios de Postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello: y que, por lo tanto, lo considero apto para ser evaluado por el jurado que se decida designar a tal fin.

En la ciudad de Caracas, a los 23 días del mes de Junio de 2010.

Maritza Farrera Tovar
C.I. V- 3.969.875

DEDICATORIA

A todos los niños(as) de mi país y en especial a los alumnos(as) de la Unidad Educativa Nacional Bolivariana "Miguel Villavicencio", a quienes amo profundamente por ser fuente de alimento para el espíritu, por su solidaridad, nobleza y altísimo compromiso de los retos que asumen; cuyo valor fundamental es y será siempre el amor.

A mi hija, padres y esposo por su apoyo incondicional en cada uno de los retos que me he propuesto.

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas que de manera esmerada, aportaron su grano de arena para la elaboración de esta investigación y muy especialmente a mi asesora Profesora Maritza Farrera Tovar, por todo su apoyo y comprensión durante la elaboración de este Trabajo Especial de Grado.

INDICE DE CONTENIDO

pp.
Carta de Aprobación..... ii
Dedicatoria..... iii
Agradecimientos..... iv
Índice de Contenido..... v
Lista de Tablas..... xi
Lista de Cuadros..... xii
Lista de Figuras..... xiii
Lista de Gráficos..... xiv
Resumen..... xv
Introducción..... 1
CAPITULO I: Justificación del Proyecto o Planteamiento del Problema. 3
1.1 Antecedentes..... 3
1.2 Definición del Problema..... 11
1.2.1 Árbol de Problemas..... 15
1.3 Objetivos..... 16
1.3.1 Objetivo General..... 16
1.3.2 Objetivos Específicos..... 16
1.4 Justificación. Planteamiento del Problema e importancia..... 17
1.5 Resultados esperados. Implicaciones..... 17
1.6 Aspectos éticos y legales..... 18
1.7 Cronograma de ejecución..... 28
1.8 Presupuesto..... 29
CAPITULO II: Marco Referencial Conceptual..... 31
2.1 Estructura Sanitaria..... 31
2.1.1 Niveles de Atención Sanitaria..... 32
2.1.2 Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica en Venezuela..... 33
2.2 Atención Primaria en Salud..... 35
2.2.1 Ampliación de la Cobertura de Servicios de Salud... 37

pp.

2.2.2 Características Generales de los Programas de Atención Primaria..... 39
2.2.3 Renovación de la Atención Primaria en Salud..... 41
2.2.4 Construcción de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria en Salud..... 43
2.2.4.1 Valores..... 43
2.2.4.2 Principios..... 46
2.2.4.3 Elementos..... 48
2.3 Política Sanitaria..... 49
2.4 Planificación en Salud..... 50
2.4.1 Componentes fundamentales en el proceso de planificación.. 51
2.4.2 Factores que favorecen y dificultan la Planificación en Salud..... 51
2.5 Etapas de la Planificación de la Salud..... 55
2.5.1 Preparación del Plan..... 55
2.5.2 La Participación de la Comunidad..... 55
2.6 Problemas de Organización..... 56
2.7 Normas para el Funcionamiento de los Servicios de Salud... 57
2.7.1 Formulación de Normas..... 58
2.8 Registro de Información y Estadística.....60
2.9 Medidas Epidemiológicas.....61
2.9.1 Condiciones de un Indicador de Salud..... 62
2.9.2 Principales Indicadores de Salud..... 63
2.9.3 Medidas Epidemiológicas más empleadas en el Área Odontológica..... 63
2.10 Criterios de Evaluación..... 67
2.11 Historia Natural de la Enfermedad.....67
2.11.1 Niveles de Prevención.....68
2.11.2 Salud Oral y su Importancia..... 69
2.12 Mantenimiento y Conservación de los Servicios de Salud.. 71

pp.

2.12.1 Clasificación de los Tipos de Mantenimiento..... 71

2.12.2 Periodicidad del Mantenimiento..... 72

CAPITULO III: Marco Organizacional..... 73

3.1 Historia de la Organización..... 73

3.2 Principios Filosóficos..... 75

3.2.1 Misión..... 75

3.2.2 Visión..... 75

3.2.3 Misión Zona Educativa. Distrito Capital..... 77

3.2.4 Visión Zona Educativa. Distrito Capital..... 78

3.2.5 Valores

3.3 Estructura Organizacional..... 78

3.3.1 Ministerio del Poder Popular para la Educación... 78

3.3.2 Viceministerio de la Participación y Apoyo Académico..... 79

3.3.3 De las Zonas Educativa Dirección General de Protección y Desarrollo Estudiantil..... 80

3.3.4 Organigrama del Ministerio del Poder Popular para la Educación..... 81

CAPITULO IV: Marco Metodológico..... 84

4.1 Tipo de Investigación..... 84

4.2 Diseño de Investigación..... 85

4.3 Herramientas de recolección de información..... 86

4.3.1 Instrumentos..... 87

4.3.2 Medición..... 88

4.3.3 La Prueba Piloto..... 87

4.3.4 Análisis e Interpretación de Resultados..... 88

4.4 Población o Universo de Estudio..... 89

4.4.1 Población..... 89

4.4.2 Muestra..... 89

4.5 Fases de la investigación..... 89

4.6 Implicaciones de la Investigación..... 93

pp.
4.6.1 Limitaciones..... 94
4.6.2 Riesgos..... 94
CAPITULO V: Análisis y Resultados..... 95
5.1 Interpretación, análisis y evaluación de los instrumentos Aplicados y la documentación revisada..... 95
5.2 Conclusiones de los resultados obtenidos..... 122
CAPITULO VI: Diseño de un Plan de Cambio para el Funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (Servicios Odontológicos) del (MPPE), en el Municipio Libertador. Distrito Capital..... 124
6. 1 Misión del Plan de Cambio..... 125
6.2 Visión del Plan de Cambio..... 126
6.3 Objetivos Estratégicos del Plan..... 127
6.4 Estrategia de Atención..... 127
6.4.1 Servicios Odontológicos Seleccionados..... 128
6.4.2 Cobertura Programada..... 128
6.5 Modalidad de Atención..... 129
6.5.1 Componentes del Sistema de Atención Incremental.130
6.6 Metodología del Sistema de Atención Incremental..... 130
6.6.1 Categorías de Atención..... 130
6.6.2 Tiempo de Aplicación..... 130
6.6.3 Registro de Información Epidemiológica..... 131
6.6.4 Esquema de trabajo para la matricula interna..... 131
6.6.5 Esquema de trabajo para la matricula externa..... 132
6.6.6 Promoción de la Salud y Prevención Específica Colectiva..... 134
6.6.6.1 Desarrollo de estrategias fundamentales para la Promoción de la Salud Bucal..... 135
6.6.6.2 Actividades de Prevención Colectiva..... 135
6.7 Talento Humano requerido..... 135
6.7.1 Centros Pilotos con una unidad odontológica..... 135
6.7.2 Centros Pilotos con dos unidades odontológicas.... 136

pp.
6.8 Metas del Plan..... 137
6.8.1 Metas idealizadas a considerar para la ejecución del Plan..... 137
6.8.1.1 Cobertura..... 137
6.8.1.2 Concentración de actividades por cada alumno..... 137
6.8.1.3 Tiempo Operacional..... 138
6.8.1.4 Grado de Uso de los Centros Pilotos..... 138
6.8.1.5 Rendimiento Instrumental..... 139
6.8.1.6 Rendimiento de Actividades por Hora.... 139
6.9 Diseño de manual de normas para el funcionamiento de los Centros Pilotos.....141
6.10 Registro de información para el funcionamiento de los "Centros Pilotos"..... 141
6.11 Seguimiento, Evaluación y Control del Plan..... 142
6.11.1 Seguimiento.....142
6.11.2 Evaluación..... 142
6.11.3 Normas a considerar para la evaluación del Plan..143
6.11.4 Criterios para la Evaluación del Plan..... 145
6.12 Implicaciones y Factores de Riesgo que pueden afectar el desarrollo del Plan..... 145
CAPITULO VII: Conclusiones y Recomendaciones..... 148
7.1 Conclusiones..... 148
7.2 Recomendaciones..... 150
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 152
ANEXOS..... 157
1. Instrumento N° 1..... 158
2. Instrumento N° 2..... 159
3. Instrumento N° 3. 160
4. Ubicación y dirección de cada uno de los Centros Pilotos..... 169
5. Formato Modelo para Historia Clínica..... 171

pp.

6. Formato Modelo para Aplicación Tópica de Flúor..... 173
7. Formato Modelo para Cepilleros Dentales..... 174
8. Guía de Promoción de la Salud para Escolares..... 176
9. Manual de Normas para el funcionamiento de los Centros Pilotos.. 183
10. Consentimiento Legítimamente Declarado..... 192

LISTA DE CUADROS

pp.

CUADRO

1. Cronograma de Ejecución..... 28
2. Presupuesto..... 29
3. Tipos de Mantenimiento..... 72
4. Marco Metodológico. Fases de la Investigación. Fase I..... 90
5. Número de Profesionales y Personal Auxiliar del Distrito Escolar N° 1. Área Odontológica..... 103
6. Número de profesionales y Personal Auxiliar del Distrito Escolar N° 2..... 104
7. Número de profesionales y Personal Auxiliar del Distrito Escolar N° 3..... 105
8. Número de profesionales y Personal Auxiliar del Distrito Escolar N° 4..... 106
9. Número de Profesionales y Personal Auxiliar del Distrito Escolar N° 5. Área Odontológica..... 106
10. Número de Profesionales de la Odontología a nivel asistencial en la Red Nacional de Servicios Públicos. Año 2008..... 115
11. Déficit estimado de acuerdo a la Matricula Escolar de Educación Inicial, Primaria y Secundaria. Año escolar 2007-2008, para el MPPE de acuerdo a los parámetros Nacionales e Internacionales 118
12. Matricula de Educación Inicial, Primaria y Secundaria. Año escolar 2007-2008. Distrito Capital. MPPE.... 119
13. Metodología del Sistema de Atención Incremental en las Escuelas de Educación Básica..... 132
14. Metodología del Sistema de Atención Incremental en las Escuelas que posean Educación Inicial y Básica..... 133
15. Metas idealizadas para el Plan de Cambio..... 140

LISTA DE FIGURAS

pp.

FIGURA

1. Distribución de grupos para la Ejecución del Diagnostico Integral de Salud 7
2. Árbol de Problemas..... 15
3. Valores centrales, Principios y Elementos de un Sistema de salud basado en (APS)..... 44
4. Organigrama Institucional del MPPE..... 82
5. Organigrama de las Zonas Educativas..... 83

LISTA DE GRÁFICOS

pp.

GRÁFICO

1. Diagnóstico de Criterios Básicos de Operatividad en los Servicios Odontológicos Seleccionados como Muestra... 97
2. Porcentaje de Máxima Operatividad (100%) de los Servicios Odontológicos seleccionados como muestra..... 98
3. Número de Odontólogos(as), Distribución de Carga Horaria por Contratación Semanal, de cada Distrito Escolar del MPPE. Municipio Libertador. Distrito Capital..... . 107
4. Carga Horaria Semanal de Personal auxiliar (Higienistas Dentales) por Distrito Escolar. Municipio Libertador. Distrito Capital..... 108
5. Número Total de Odontólogos(as) y Distribución Porcentual por Distrito Escolar. Municipio Libertador. Distrito Capital..... 109
6. Número Total de Higienistas Dentales y Distribución Porcentual por Distrito Escolar. Municipio Libertador. Distrito Capital..... 110
7. Relación N° Horas de Contratación Odontólogos(as) y Personal Auxiliar por Distrito Escolar y su Carga Horaria Correspondiente..... 112
8. Déficit de Horas Semanales entre Profesionales de la Odontología y Personal Auxiliar..... 114

UNIVERSIDAD CATÓLICA ÁNDRES BELLO
VICERECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO.
POSTGRADO DE GERENCIA
DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

PLAN DE CAMBIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES BÁSICAS OPERATIVAS (SERVICIOS ODONTOLÓGICOS) QUE POSEE EL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN. MUNICIPIO LIBERTADOR. DISTRITO CAPITAL.

Autor: Fernández Hernández. Aymar A.

Asesor: Farrera Tovar. Maritza.

RESUMEN

El tema de investigación que se desarrollo surgió como parte de las necesidades detectadas durante la ejecución del Proyecto de Investigación-Acción de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas, realizado por el Ministerio del Poder Popular para la Educación, en el Distrito Capital, durante los años 2005-2007. Periodo durante el cual se hizo evidente a través de un levantamiento clínico-epidemiológico realizado en varias áreas de la salud, que existían "Fallas en el funcionamiento de los servicios odontológicos del MPPE en el Municipio Libertador. Distrito Capital, que deben brindar atención preventiva y curativa en el área, a la matrícula estudiantil." Siendo este el punto de partida la problemática antes señalada y se planteo como Objetivo General de esta investigación: Diseñar un Plan de cambio para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos), que posee el Ministerio del Poder Popular para la Educación) en el Municipio Libertador. Distrito Capital; para ofrecer dentro del primer nivel de atención de salud, tratamientos preventivos y curativos en el área odontológica con universalidad y equidad; a la población estudiantil evaluada, por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas. La metodología de investigación que se empleo fue de investigación aplicada, dentro del tipo Investigación y Desarrollo (Yaber, G y Valarino, E. 2003) o Proyecto Factible según (UPEL. 2005). El resultado esperado fue: Obtener un Plan de cambio para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos) que posee el (MPPE), en el Municipio Libertador. Distrito Capital a partir del uso eficiente de los recursos existentes dentro de la institución.

Palabras Claves: Planificación, Atención Primaria en Salud, Servicios Odontológicos, Niveles de Atención, Evaluación, Normas, Criterios.

INTRODUCCIÓN

La salud ha llegado a ser considerada como uno de los derechos fundamentales de la humanidad y su disfrute ha sido consagrado en las cartas constitutivas de la mayoría de los Estados modernos, se reconoce además, que el mantenimiento de un elevado nivel de salud es un factor esencial para la economía y el progreso social. En consecuencia, todo esfuerzo encaminado a la obtención y mantenimiento de altos niveles de salud tendrá que ser integrado dentro de una adecuada política económica y social.

La concepción integral de un ser social exige la articulación de la Salud y la Educación como dos procesos concatenados e inseparables que permiten la formación y crecimiento permanente de los niños, niñas, adolescentes, familias y comunidades. El desarrollo integral del individuo permitirá entonces una adecuada inserción en los cambios más allá de lo social, adaptándose e incorporándose de manera creativa, armónica y productiva.

En tal sentido es importante destacar que este Plan de Cambio para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos) que posee el Ministerio del Poder Popular para la Educación, en el Municipio Libertador. Distrito Capital, se encuentra contextualizada, dentro del Sistema Educativo Bolivariano, el cual considera la calidad de vida como un eje fundamental e inmerso dentro de la salud, como parte fundamental del proceso de formación; designando entonces el ambiente escolar como el ideal para transmitir y desarrollar modos de vida saludables que contribuyan al desarrollo humano y al crecimiento social sustentable y sostenible.

En los países no desarrollados o medianamente desarrollados, los enfoques empleados hasta ahora en lo que respecta a la planificación en salud, se han basado exclusivamente en acciones netamente curativas y aisladas, que de alguna manera reflejan las necesidades sentidas, pero no así las necesidades reales y en consecuencia no se han generado cambios de conductas para alcanzar estilos de vida saludables.

El componente bucal por lo general es poco valorado y con frecuencia desplazado a un segundo plano, dentro del ámbito de la salud, observándose

inclusive como a nivel académico se les resta importancia, basando la formación de profesionales en enfoques netamente curativos y la disminución de contenidos académicos en el área de la salud pública y la gerencia, así como también las actividades de extensión destinadas a tal fin.

Sin embargo al realizar análisis del costo beneficio de las acciones orientadas a la prevención específica como lo son los enjuagatorios con fluoruro de sodio, ha quedado demostrada la disminución de los costos en una relación de 1:6 por individuo, es decir que por cada enjuague realizado se evitan en promedio seis (6) obturaciones, en el supuesto que ese paciente no se hubiese protegido con los enjuagues de fluoruro y aparecieran caries dentales.

Lo antes expuesto indica que la medida más eficaz para hacer frente al problema de la caries, es la PREVENCIÓN, razón por la cual se considero este elemento como pilar fundamental durante el diseño del Plan de Cambio.

Esta propuesta pretende realizar una serie de aportes que no solo permitan aumentar los niveles de eficiencia y eficacia de los servicios odontológicos en el área operativa, sino que además incorpora la prevención especifica y promoción de la salud como ejes fundamentales para el mantenimiento de los logros que puedan obtenerse con la implementación del mismo, para lo cual se realizo una estudio de la problemática, acompañado de un diagnóstico de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos), el análisis de la situación real y finalmente se procedió al diseño del Plan de Cambio, en donde se desarrollo la misión, visión, los objetivos del mismo, la modalidad de atención, normas y criterios para la evaluación, así como también la evaluación del entorno a objeto de conocer los factores externos e internos que pudieran afectar se ejecuación y desarrollo.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes:

A partir de la inicio de un nuevo periodo presidencial en el año 1998, en la historia democrática de la Republica de Venezuela, empezó un proceso de cambio constitucional a través de la Asamblea Nacional Constituyente en ejercicio, a través de un referendo democrático se concluyo con la aprobación de una nueva Constitución en el año 1999, a partir de la cual se dieron una serie de cambios profundos en lo que respecta a los cinco poderes (Poder Legislativo, Ejecutivo, Judicial, Ciudadano y Electoral).

En materia de educación, ámbito en donde se desarrolla esta investigación La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV. 1999), refiere en el Art. 3 que "La educación tiene como finalidad fundamental el pleno desarrollo de la personalidad y el logro de un hombre sano, culto, crítico y apto para convivir en una sociedad democrática justa y libre..." y en el Art.102 expone a su vez que" la Educación es un derecho humano y un deber social fundamental"(...) donde "el Estado con la participación de las *familias* y la *sociedad*, promoverá el proceso de educación ciudadana de acuerdo con los principios contenidos en esta Constitución y en la Ley". Los artículos antes referidos respaldan el derecho que tiene toda persona a una educación integral, de calidad y en todos sus niveles, desde Educación Inicial hasta el Nivel Medio Superior; quedando sentadas las bases para establecer y desarrollar los principios de igualdad, participación familiar y carácter social de la educación.

El Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE), contempla un grupo de políticas educativas bolivarianas compuestas por Proyectos y Programas, dirigidos a garantizar el derecho a la educación como un Continuo Humano, Integral y de Calidad para todos.

Dentro del marco de estos Programas y Proyectos se contempla un Programa marco intersectorial para el desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos

sociales denominado Programa Integral de Protección y Desarrollo Estudiantil del (MPPE), el cual señala que la atención en forma integral de los niños, niñas, adolescentes y demás actores sociales, poniendo en práctica los principios de corresponsabilidad, el desarrollo de habilidades, convicciones y competencias; inciden en el hecho educativo positivamente, para la formación de ciudadanos responsables.

En el año 2001 el Gobierno Venezolano estableció dentro de su política exterior una serie de acciones dentro de las cuales firmo un convenio de cooperación Cuba-Venezuela, Resolución N° 000499, a ser ejecutado por ministerios y otros entes oficiales mediante la formulación de distintos proyectos en cada sector gubernamental. Es entonces cuando el Ministerio de Educación y Deportes hoy llamado Ministerio del Poder Popular para la Educación; a través de su Vice-Ministerio de Participación y Apoyo Académico, instancia responsable de la planificación, coordinación, dirección, control y supervisión de planes, programas y proyectos dirigidos a facilitar la educación integral de los y las estudiantes; se desprende la Dirección Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil y de esta a su vez la Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil, (MPPE, 2007)

En base a los términos contemplados en el referido convenio, la Coordinación de Protección y Desarrollo Estudiantil presento el Proyecto "Salud Integral en las Escuelas Venezolanas" en correspondencia con las categorías de la nueva escuela en la educación bolivariana denominado "La escuela como espacio para la salud y la vida" orientado a promover y fortalecer la atención integral de alumnos(as), padres, madres, representantes y comunidad educativa en general; con la participación en la organización y ejecución del personal que labora en sus unidades básicas operativas a nivel nacional los "Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil" ubicados en los planteles. (Mendoza Ángela. Figueroa. Doris. Ramos. Neria, 2006)

Tal decisión obedeció a una Política Ministerial, en donde se requería un cambio en el esquema de trabajo, a nivel de las unidades operativas (Centros Comunitarios y Núcleos de Bienestar Estudiantil) integradas por docentes

especialistas y profesionales de la salud; los cuales hasta ese momento se habían enfocado sus esfuerzos hacia la atención individualizada, cuyo impacto que no lograba cambios en la estructura social de manera significativa, pues de esta manera el recurso humano contratado para tal fin, siempre seria insuficiente y por ende excluyente y de poco alcance.

No obstante el referido Proyecto permitió evidenciar otras fallas de tipo administrativas como lo eran: escaso control, supervisión y seguimiento de programas y políticas del (MPPE) en todos los niveles del sistema educativo.

De acuerdo a la premisa de atención en salud integral como parte de la prevención integral que sostuvo el Proyecto de Salud Integral, se visualizo este enfoque como una de las inversiones más rentables a largo plazo que pueda realizar un país, apoyado en la experiencia cubana, para mejorar la calidad de vida de su población; designando entonces el ambiente escolar como el ideal para transmitir modos de vida saludables que contribuyan al desarrollo humano y al crecimiento social sustentable y sostenible.

El ámbito de acción de este Proyecto se llevo a cabo a través de una estrategia de acciones integradas de Salud Escolar, que se han venido ejecutando en las Escuelas Nacionales Bolivarianas, en cuatro (IV) fases, como lo señalan Mendoza A. y Figueroa Doris (2006):

Fase I: Realización de curso-taller en Salud Integral para la actualización de las técnicas, estrategias y metodologías, en las áreas de promoción, difusión, organización y participación en prevención integral, con una duración de una semana en cuatro estados, a saber: Trujillo, Monagas, Barinas y Distrito Capital, con un total de 116 funcionarios y 17 lideres comunitarios.

Fase II: Realizada en Cuba a objeto de evidenciar in situ las estrategias metodológicas que en materia de Promoción y Educación para la Salud se llevan acabo en los distintos niveles educativos y la articulación existente entre los Ministerios de Salud, Educación y sus respectivas unidades operativas, incluida la educación superior.

Fase III: Se realizo un taller de capacitación y formación para nuevos funcionarios de los centros Comunitarios de protección y Desarrollo Estudiantil (CCPDE) del país, así como también la elaboración de diferentes instrumentos

diagnósticos, cuyo pilotaje se realizó en planteles de cobertura del (CCPDE)-Artigas, en el Distrito Capital, para su validación y demostración de efectividad en la evaluación de la estrategia de aplicación concebida.

Fase IV: Comprende de tres etapas, que pueden o no desarrollarse paralelamente, dependiendo del grado de avance que presenta cada una de ellas en los estados del país.

La Primera Etapa: Consto de un proceso de capacitación, diagnóstico e identificación que comprende el "Diagnostico Integral de Salud", realizado a partir del año 2005-2006, en siete estados (Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Falcón, Lara y Mérida) y en el Distrito Capital hasta mayo de 2007.

Esta primera etapa consto de tres partes:

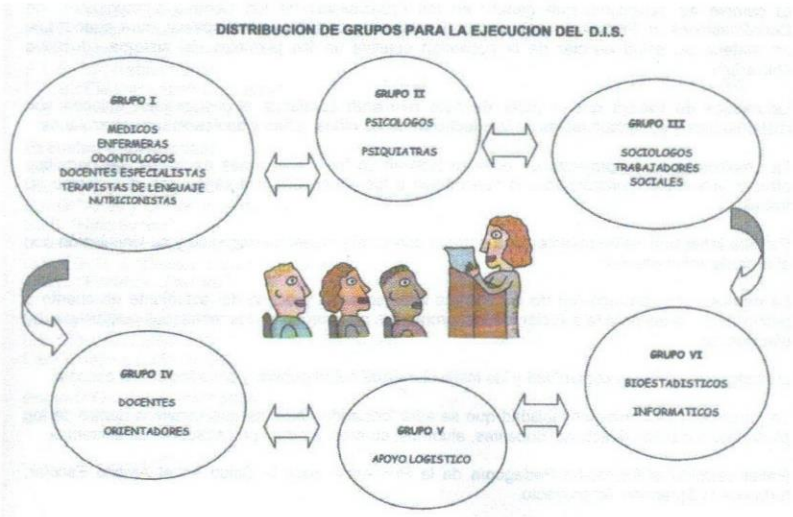
1) El diagnóstico clínico epidemiológico lo ejecutan los profesionales de la salud y comprende: examen físico completo, evaluación nutricional y odontológica, medición de la tensión arterial y despistaje de la agudeza visual y auditiva, aplicándose a niños, niñas, adolescentes, personal directivo, docente, administrativo, obrero y madres colaboradoras.

Cabe destacar que la realización de este diagnóstico sentó las bases, de acuerdo a las necesidades observadas para plantear la investigación a desarrollar.

2) El diagnóstico pedagógico y áreas afines lo ejecutaron los profesionales del área social, de educación, del lenguaje y de la Psicología y comprende: examen de la predominancia lateral, evaluación del desarrollo psicomotor, del lenguaje y madurez escolar de los niños, niñas y adolescentes.

3) El diagnóstico educativo participativo que contempla el análisis de los proyectos de las aulas, detección de los problemas de salud sentidos por la comunidad educativa y que tienen incidencia en el aprendizaje, entrevistas a estudiantes, docentes, no docentes representantes y lideres comunitarios, observación de clases y la identificación de los factores de riesgo a la salud.

Figura N° 1



Fuente: Figura I encuentro Cuba-Venezuela del Proyecto Salud Integral en las Escuelas Venezolanas. (2006:15).

Una vez realizada la evaluación integral, los profesionales presentaron los resultados relacionados con el estado de salud general de todo el colectivo, la situación alimentaria y nutricional, hábitos, comportamientos, régimen de vida y percepción de riesgo por los educando y educadores; datos o características del ambiente escolar y condiciones ambientales de los hogares de los alumnos y del entorno.

Finalmente un equipo asignado por las autoridades del "Diagnóstico Integral de Salud", expuso a los integrantes de la escuela, de la familia y de la comunidad los resultados arrojados; y de manera inmediata elaboran un "Plan de Acción" que contemple el nombre de los responsables en ejecutarlo, un cronograma de reuniones y las posibles actividades que permitan resolver los principales problemas encontrados casi de manera inmediata, ya que ponen en peligro la salud integral del colectivo.

La Segunda etapa: se caracterizo por la elaboración o implementación de Acciones Pedagógicas Integradas en Salud Escolar dirigidas a continuar

solventando los problemas de salud y de aprendizaje detectados en los niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, en esta fase se identificaron los factores de Riesgo del ambiente que deben que ser eliminados para prevenir enfermedades y/o problemas de aprendizaje, y a su vez resaltar todos los factores Protectores de la Salud que benefician a toda la comunidad..

Los profesionales del Proyecto en la Etapa II, centran su apoyo en proporcionar a los integrantes de la escuela, familia y comunidad, un conjunto de estrategias metodológicas que faciliten la construcción de acciones pedagógicas de Prevención y Atención de la Salud Integral, con el fin de transformar una realidad, aunque quizás para ese momento no sea la que más beneficie al colectivo, pero es la que esa comunidad decidió afrontar. Debido a que la finalidad de esta segunda etapa, lo que busca es facilitar herramientas y brindar la asesoría a los actores de cambio para contribuir al proceso de transformación y no repetir errores del pasado al asumir roles paternalistas.

La Tercera Etapa: Se desarrolla la Evaluación de Impacto del Proyecto, en la salud y en la educación de la población escolar, así como su nivel de influencia en las familias y comunidades, esencial en el proceso de transformación social.

En la primera etapa, específicamente durante el diagnóstico clínico epidemiológico el Proyecto se ejecuto como se menciono anteriormente, en siete estados (Anzoátegui, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Falcón, Lara y Mérida) de manera simultanea, con la aplicación de la metodología para este Proyecto denominada "Investigación Acción" cuya finalidad no era más que alcanzar un proceso de participación continua y renovación constante de las ideas por parte de sus actores (alumnos, docentes, padres, personal del plantel, profesionales que laboran en el proyecto), para el levantamiento de la información.

Finalmente en el Distrito Capital en un lapso de tres años se obtuvo un total de 118 planteles diagnosticados que representados por todos los subsistemas educativos y distribuidos en los cinco Distritos Escolares, para un total de alumnos de (42.401 alumnos) evaluados de los cuales (5.701 alumnos) pertenecían al subsistema de educación inicial; (24.422 alumnos) al subsistema de educación básica; (7.623 alumnos) a Liceos Bolivarianos; (3.448 alumnos) a

Escuelas técnicas Robinsonianas y (1.207 alumnos) al Sistema de Educación Especial.

Tabla N° 1

MATRICULA DIAGNOTICADA POR AÑO ESCOLAR EN CADA SUBSISTEMA EDUCATIVO

SUBSISTEMA	POBLACION DIAGNOSTICADA			
	May 2005– Dic 2006	Ene - Jun 2007	Sep 2007– Jun 2008	TOTAL
41 Inicial	2.760	1.185	1.756	**5.701**
51 Primaria y Básica	8.826	8.340	7256	**24.422**
8 Liceos Bolivarianos	3.352	3.808	463	**7.623**
6 ETR	1.687	1.761	0	**3.448**
12 Educ. Especial (IBBE/TEL)	0	281	926	**1.207**
Total	**16.625**	**15.375**	**10.401**	**42.401**

Fuente: Cuadro N° 3. Ponencia Resumen Distrital del Diagnóstico de Salud Integral. 1ra parte. (2008)

Tabla N° 2
Población Diagnosticada por Distrito Escolar- DIS
Mayo 2005 - Junio 2008

DISTRITO ESCOLAR	No. PLANTELES	ALUMNOS	DOCENTE	NO DOC ADM/OBRERO	TOTAL
1	18	8.160	297	198	8.655
2	19	5.454	385	303	6.142
3	27	6.653	377	249	7.279
4	23	8.421	387	266	9.074
5	31	9.842	466	943	11.251
TOTALES	118	38.530	1912	1.959	42.401

Fuente: Cuadro N° 1. Ponencia Resumen Distrital del Diagnóstico de Salud Integral.
1ra parte. (2008)

En el área de salud física, específicamente la odontológica, la cual esta integrada por odontólogos y personal auxiliar que laboran para el (MPPE) en los (CCDPDE) y quienes a su vez habían sido participes del "Proyecto de Salud Integral", desde la etapa de capacitación, realizaron una evaluación preliminar para la unificación de criterios (calibrar al personal) por parte del equipo, en vista de que el mismo había aumentado en número considerablemente y se habían presentado ciertas inquietudes durante la aplicación del instrumento de

diagnóstico en el área, a la población objeto de estudio; a fin de garantizar a posteriori la confiabilidad de los datos obtenidos en los planteles sucesivos.

Finalmente paralelo a este análisis el equipo de odontólogos(as) coordinadores presentaron una solicitud para la realización simultánea de la evaluación diagnóstica y atención clínica, entregada el 13 de marzo del año 2006, a los representantes del Equipo Regional y Nacional del Proyecto de Salud Integral (PSI); como una alternativa para solucionar de manera inmediata la altísima demanda de casos odontológicos de emergencia, encontrados en los planteles, durante el diagnostico y ante los cuales el equipo mostraba preocupación, al no poder actuar oportunamente; suscitándose entonces el precedente de mayor magnitud, para dar inicio a lo que hoy es el tema de investigación de este trabajo de grado, ya que la misma estuvo orientada a la búsqueda de respuestas oportunas y eficientes dentro del seno de nuestra institución.

Para ese momento se planteo la adquisición por parte del (MPPE) a nivel Central o Zonal de unidades odontológicas portátiles o el enlace y articulación con el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Personal del Ministerio de Educación [IPASME], a objeto de reestablecer las condiciones de salud básicas en caso de emergencias, así como también iniciar acciones de prevención y protección especifica que permitieran garantizar de alguna manera estados de salud aceptables y control de la incidencia de las patologías detectadas, hasta tanto se pusiera en marcha la segunda etapa del Proyecto.

Tal propuesta fue analizada y aprobada rápidamente, y ya para el mes de octubre del año 2006 se inicio la incorporación del [IPASME] dentro de lo que se denomino acciones integradas en el "Proyecto de Salud Integral" [PSI], apoyando y ofreciendo respuesta a las necesidades detectadas en las escuelas previamente diagnosticadas por el mencionado Proyecto, de manera paliativa, pues esta estrategia no contaba con la disponibilidad presupuestaria para la adquisición de nuevas unidades odontológicas portátiles y móviles lo que afectaba significativamente la capacidad de cobertura a ofrecer.

1.2 Definición del problema:

Una vez estudiado los antecedentes y situación actual del área odontológica se determino que de todos los problemas identificados con el estudio clínico epidemiológico realizado a los alumnos con el Proyecto de Salud Integral que uno de los más graves desde el punto de vista físico eran en orden de ponderación se encontraba: la Prevalencia de caries dental, con un porcentaje del sesenta y seis (66,8%) de la población diagnosticada (24.422 alumnos) dentro del subsistema educativo bolivariano de educación básica (que se encontraba afectada por caries dental (4 caries promedio por alumno), un 46,3% presento también problemas de malposición dentaria y un 26% con patología periodontal, específicamente por gingivitis. Lo que coloca a la problemática bucal en primer lugar de las patologías detectadas. No obstante el número de personas con obturaciones fue de 23,27% y un 9,46% de alumnos que han perdido o tienen extracciones indicadas por el avance de la caries dental. En tal sentido al analizar estas cifras se pudo observar que la brecha existente entre las personas afectadas por caries dental y las personas que tienen obturaciones es del 22,6%. (Informe Técnico (I), Primera Etapa del Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas, Distrito Capital. 2006, Pág. 11).

No obstante estas cifras del estudio epidemiológico a nivel bucal referido anteriormente, muestran concordancia con la investigación realizada por FUNDACREDESA a través del "PROYECTO VENEZUELA", durante el año 1981-1987; la cual contemplo la presencia de la odontología como parte fundamental de este estudio, que tuvo como objetivo establecer la identidad del hombre venezolano desde el punto de vista biológico, socio-económico y cultural en relación con su medio ambiente y su estado nutricional arrojo lo siguiente:
La prevalencia de caries en la dentición temporal en la población infantil a los tres años 37,4% presentando un 53,3% en niños y un 46,7% en niñas; a los 7 años el 72% tiene caries distribuido en un 49,9% para los niños y un 50,1% para las niñas, a los 9 años un 67,5% se encuentra afectado y a los 12 años un 12,8%. Sin embargo es importante destacar que a pesar de que los indicadores todavía no

llegan a ser del todo satisfactorios se observa una ligera tendencia a la disminución de la Prevalencia de caries dental en la población escolar de edad con una edad promedio de 7 años, de un aproximado del (5,2%).

Según el Indice c.e.o. contempla el número de dientes afectados por caries, los obturados, los de extracción indicada y los sanos, observando que este que a los tres años según el Indice c.e.o era de 1,49 dientes cariados; a los 7 años 2,98 dientes cariados; a los 9 años 2,17 dientes cariados y a los 12 años 0,23 dientes cariados.

No obstante es importante destacar que el descenso porcentual de la caries en este tipo de dentición esta relacionado con el proceso de recambio de la dentición primaria a la secundaria, por el desarrollo de mayor capacidad motora a la hora de realizar la higiene bucal.

El porcentaje de dientes obturados fue en aumento, pero no en la misma magnitud que en los dientes con caries, así para los 3 años se evidenciaron obturados solo el 0,21% y para los 12 años dientes temporales el 7,44%. Se encontró también que el porcentaje de con extracción indicada varia entre un 0,39% en los niños de 3 años a 3,78 en los 12 años de edad.

Otro aspecto importante fue que la presencia caries dental estaba íntimamente relacionada con los estratos sociales según el método Graffar Castellano, ya que para los estratos I; II; III fue de 6,43; para el IV fue de 14,45 y el V fue de 21,52. Esta información esta fundamentada en los cuadros N°7.6.5.1 y N°7.6.5.2 de FUNDACREDESA. Proyecto Venezuela, 1989:870. (Anexo N°1)

Esta misma conclusión fue reflejada por el Estudio de Estratificación Social y Caries Dental Su Estudio En Escolares Venezolanos (1998). Cuando hace referencia que al analizar cada estrato social según caries dental, se observo una alta presencia de esta enfermedad (5 y más caries) en los estratos de pobreza relativa (21,6%) y pobreza crítica (22,2%), mientras que en la clase media alta y media-media las cifras fueron (13,8%) y (11.2%) respectivamente. Sin embargo el promedio de dientes permanentes obturados no se corresponde con el de dientes cariados, todo lo contrario a menor porcentaje de caries, más dientes obturados dentro del estrato social media alta y media media. Tal situación deja en evidencia que la población que forma parte de los estratos de pobreza relativa y critica no

tenían acceso consistente a los servicios de salud, por lo que hace necesario entonces garantizar a la población de estos estratos socioeconómicos más bajos, una mayor accesibilidad a los servicios públicos odontológicos y evaluar en los programas que estos desarrollan un elemento fundamental como lo es el riesgo a padecer de caries dental.

Con respecto a la dentición permanente el porcentaje de personas que padecen de caries dental aumenta a medida que aumenta la edad. A los 7 años el 37, 4% de las personas tienen esta enfermedad y presentan un promedio de un diente cariado 0,66 y ningún diente obturado 0,12 y a los 12 años los sujetos con esta afección llega al 83,0%; presentando un promedio de 2, 38 es decir 2 dientes cariados y 0,80 es decir un diente obturado.

Tomando en cuenta la información epidemiológica análizada y elaborando un listado de problemas institucionales; de manera metodológica se tomo como herramienta de análisis el diseño del Árbol de Problemas empleado normalmente dentro de la metodología de la Planificación Estratégica, con la finalidad de visualizar con mayor claridad el listado de problemas identificados y facilitar la selección del tema que fue desarrollado en esta investigación, detectando entonces que existía un nudo critico donde se podría incidir favorablemente aplicando los conocimientos adquiridos en el área gerencial, que fue: ***"Fallas en el funcionamiento de los servicios odontológicos del MPPE en el Municipio Libertador. Distrito Capital, que deben brindar atención preventiva y curativa en el área, a la matrícula estudiantil.***

Esta problemática todavía vigente nos llevó a plantearnos los siguientes objetivos para llevar a cabo la investigación, a partir de los cuales nos hicimos las siguientes preguntas:

¿Se necesita plantear una reestructuración operativa de los servicios a fin de optimizar el servicio?

¿Es necesario realizar una evaluación más específica en cuanto al déficit en la oferta y funcionamientos de los servicios odontológicos?

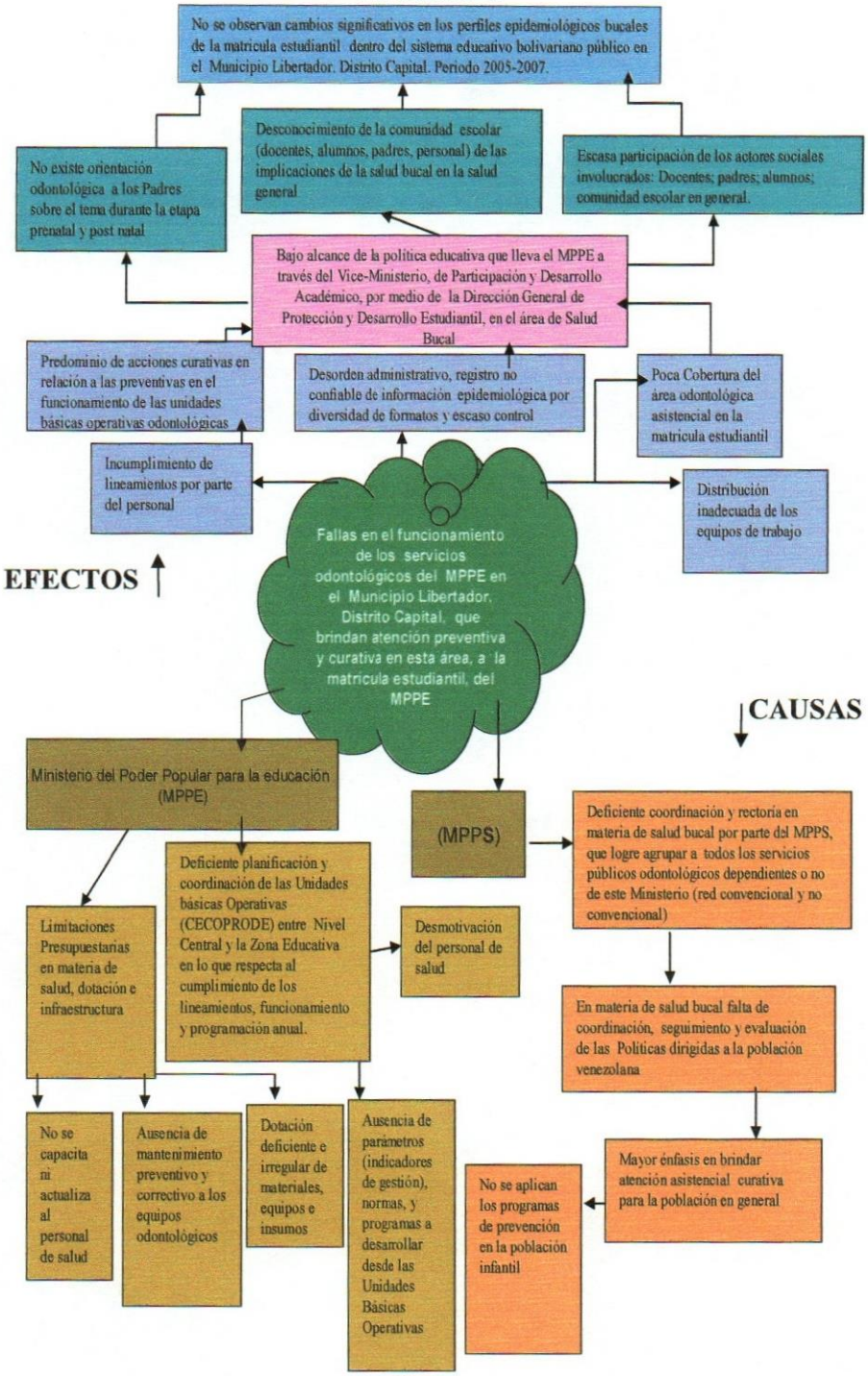
¿La capacidad de atención profesional está acorde con las normativas vigentes nacionales e internacionales?

¿Son los insumos (instrumental, materiales, presupuesto y otros) suficientes para la capacidad de atención de los servicios?

Tales inquietudes fueron consideradas el inicio de lo que posteriormente pasarían a ser los objetivos de esta investigación.

1.2.1 Árbol de Problemas

Figura N° 2



1.3 Objetivos:

Los objetivos de una investigación están orientados dentro del área temática, expresan la intención de mejorar la situación detectada en un periodo de tiempo definido, y con la especificidad del problema planteado. Los objetivos cumplen propósitos diferentes dentro del problema planteado y según su fin se pueden clasificar en objetivo general (si este se orienta a la totalidad) o en objetivos específicos (si están relacionados con alguna dimensión en particular). (Córdova. Yadira. 2006: 44).

1.3.1 Objetivo General:

Diseñar un Plan de cambio para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos), que posee el (MPPE) en el Municipio Libertador. Distrito Capital; para ofrecer dentro del primer nivel de atención de salud, tratamientos preventivos y curativos en el área odontológica con universalidad y equidad a la matricula estudiantil evaluada, por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas durante los años 2005-2007.

Objetivos Específicos:

1.3.2.1 Diagnosticar la situación actual de los servicios odontológicos pertenecientes al MPPE (facilidad de acceso, inventario, sistemas de información y mantenimiento de los equipos), ubicada en los planteles educativos del Municipio Libertador. Distrito Capital.

1.3.2.2 Analizar la normativa vigente para la organización, funcionamiento y registro de información de las Unidades básicas Operativas, en el área odontológica que posee el (MPPE), en comparación con los parámetros nacionales e internacionales.

1.3.2.3 Evaluar la capacidad de atención profesional y auxiliar (talento humano) existente en las Unidades Básicas Operativas, en el área odontológica, del (MPPE), en el Municipio Libertador. Dtto. Capital, en concordancia con los parámetros institucionales, nacionales e internacionales de acuerdo a la densidad poblacional.

1.3.2.4 Estimar las cantidades de instrumental, materiales e insumos requeridos anualmente para dotación y suministro periódico de los servicios odontológicos

(MPPE), a ser considerado para el proceso anual de adquisición y entrega de los mismos.

1.4 Justificación e Importancia de la Investigación:

Se pretende con este estudio aportar elementos para solucionar el problema planteado de las fallas en el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas, que posee el (MPPE) en el Municipio Libertador. Distrito Capital; al contribuir en la solución de la problemática bucal detectada, en la matricula escolar evaluada por el "Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas", así como también en lo que respecta al registro de información en salud, para la obtención de datos confiables y directos con respecto a la atención curativa y preventiva prestada en dichos servicios, que serán empleados para medir el impacto del Plan de cambio.

Otro aspecto importante radica en que la investigación se encuentra en concordancia además con la categoría "La Escuela, espacio de salud y vida" que orienta la prevención, protección y defensa de la salud como derecho humano, dentro de la Nueva Escuela en la Educación Bolivariana. (Mendoza Ángela. Figueroa. Doris. Ramos. Neria, 2006:8)

1.5 Resultados Esperados:

Un Plan de cambio para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos) que posee el (MPPE) en el Municipio Libertador. Distrito Capital para ofrecer dentro del primer nivel de atención en salud, asistencia preventiva y curativa en el área odontológica, de manera digna, con elevada calidad, equidad y universalidad, con los siguientes objetivos:

1.5.1 Presentar un diagnóstico actualizado de la situación de los servicios odontológicos (unidades básicas operativas y (CCPDE), que posee el (MPPE), con respecto al funcionamiento operativo de los mismos (la facilidad de acceso, infraestructura, dotación seguridad del sector y capacidad de atención profesional).

1.5.2 Proponer criterios básicos de trabajo estandarizado para el funcionamiento adecuado (normas generales y específicas, registro de la información, educación continua del personal odontológico, mantenimiento de los equipos y la actualización permanente del personal), de los servicios odontológicos que pertenecen al MPPE en el Distrito Capital.

1.5.3 Determinar la capacidad de atención profesional y auxiliar requerida para el funcionamiento optimo de los servicios odontológicos (unidades básicas operativas y (CCPDE) del (MPPE), en el Municipio Libertador. Distrito. Capital; de acuerdo a los parámetros establecidos a nivel institucional, nacional e internacional de acuerdo al número de habitantes por profesional y auxiliar de la odontología.

1.5.4 Programar la adquisición adecuada de las cantidades de materiales, insumos, instrumental y personal, requeridos para la dotación eficiente de los servicios odontológicos de acuerdo al Plan anual del MPPE, en el Distrito Capital, que puedan garantizar su óptimo funcionamiento.

1. 6 Aspectos Legales y Éticos:

Dentro de los aspectos legales y éticos que se revisaron y que están relacionados con esta línea de investigación se siguió para su reseña el orden que establece la supremacía jerárquica de las leyes, reconocida de manera internacional (Pirámide Kelsiana) así como la afinidad de estos artículos con los valores derecho a la salud, equidad, solidaridad y los principios de responsabilidad social, justicia socia y calidad, que contemplen a su vez elementos relacionados con la atención integral, contacto inicia; los cuales fueron contemplados como parte de los resultados esperados de este diseño, en donde se pretende hacer valer los derechos de los niños(as) y adolescentes a la salud y la educación.

Se mencionaron también aspectos relacionados con los principios éticos de la profesión en lo que respecta al ejercicio de la odontología, en donde se contempla la condición humana y la calidad del servicio que se debe prestar, a los pacientes, y que deberán ser pilares fundamentales de esta propuesta.

Finalmente se considero la normativa que establece el (MPPE), para la creación de las unidades básicas operativas (CCPDE), área física donde se llevara a cabo el Plan de cambio de estos servicios de salud con los que cuenta el Ministerio para la atención de la matricula estudiantil.

- **La Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela** (CRBV, 1999), Establece en sus Artículos:

Artículo 78. °

"Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El Estado, las familias y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El Estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa y creará un sistema rector nacional para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes".

Artículo 83. °

"La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República".

Artículo 84 °

"Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud".

Artículo 85. °

"El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud".

Artículo 86. °

"Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial."

- (Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescente, 1998)

En sus artículos:

Artículo 15°.-Derecho a la vida.

<<Todos los niños y adolescentes tienen derecho a la vida. El Estado debe garantizar este derecho mediante políticas públicas dirigidas a asegurar la sobrevivencia y el desarrollo integral de todos los niños y adolescentes.>>

Artículo 41°.-Derecho a la salud y a servicios de salud.

"Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud."

Parágrafo Primero: El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad.

Parágrafo Segundo: El Estado debe asegurar a los niños y adolescentes que carezcan de medios económicos, el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación."

Artículo 81°.-Derecho a participar.

"Todos los niños y adolescentes tienen derecho a participar libre, activa y plenamente en la vida familiar, comunitaria, social, escolar, científica, cultural, deportiva y recreativa, así como a la incorporación progresiva a la ciudadanía activa.

El Estado, la familia y la sociedad deben crear y fomentar oportunidades de participación de todos los niños y adolescentes y sus asociaciones".

- **(La Ley Orgánica de Educación, 1980),** Dictamina en sus artículos:

Artículo 3°

"La educación tiene como finalidad fundamental el pleno desarrollo de la personalidad y el logro de un hombre sano, culto, critico y apto para convivir en una sociedad democrática, justa y libre basada en la familia como célula fundamental y en la valorización del trabajo; capaz de participar activa, consciente y solidariamente en los procesos de transformación social, consustanciado con los valores de la identidad nacional y con la comprensión, la tolerancia, la convivencia y las actitudes que favorezcan el fortalecimiento de la paz entre las naciones y los vínculos de integración y solidaridad latinoamericana.

La educación fomentara el desarrollo de una conciencia ciudadana para la conservación, defensa y mejoramiento del ambiente, calidad de vida y el uso racional de los recursos naturales y contribuirá a la formación y capacitación de los equipos humanos necesarios para el desarrollo del país y la promoción de los esfuerzos creadores del pueblo venezolano hacia el logro de su desarrollo integral, autónomo e independiente."

- **(Ley Orgánica de Educación. 2009),** Establece en sus artículos:

Artículo 6°

"El Estado, a través de los órganos nacionales con competencia en materia educativa, ejercerá la rectoría en el Sistema Educativo. En consecuencia:

1. Garantiza: (…)

f. Los servicios de orientación, salud integral, deporte, recreación, cultura y de bienestar a los y las estudiantes que participan en el proceso educativo en corresponsabilidad con los órganos correspondientes"

- (Ley Orgánica de Salud, 1998), en sus artículos:

Artículo 3°

"Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estadales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.

Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integralidad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales."

Artículo 28°

"La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes. A tal efecto y de acuerdo con el grado de complejidad de las enfermedades y de los medios de diagnóstico y tratamiento, estos servicios se clasifican en tres niveles de atención."

Artículo 29°

"El primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de ciencias de la salud, y se prestará con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta."

Artículo 30°

"El segundo nivel de atención médica cumple acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria de afecciones, discriminadas por edad, sexo y motivos de consulta, que requieren

médicos especialistas y equipos operados por personal técnico en diferentes disciplinas."

Artículo 31°

<<El tercer nivel de atención cumple actividades de diagnósticos y tratamientos en pacientes que requieren atención especializada con o sin hospitalización en aquellos casos referidos por los servicios de atención del primero y segundo nivel>>.

Artículo 69°

"Los pacientes tendrán los siguientes derechos:

1. El respeto a su dignidad e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo geográfico, racial, social, sexual, económico, ideológico, político o religioso.
2. Aceptar o rehusar su participación, previa información, en proyectos de investigación experimental en seres humanos.
3. Recibir explicación en términos comprensibles en lo que concierne a su salud y al tratamiento de su enfermedad, a fin de que pueda dar su consentimiento informado ante las opciones diagnósticas y terapéuticas, a menos que se trate de intervención que suponga riesgo epidémico, de contagio de enfermedad severa, y en caso de extrema urgencia.
5. Recibir el representante del paciente, su cónyuge, hijos mayores de edad u otro familiar, explicaciones sobre las opciones diagnósticas del paciente cuando éste se encuentre en estado de alteración mental que le impida entender y decidir.
6. Una historia médica donde conste por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica. Igualmente, se harán constar las condiciones de salud del paciente al egreso, la terapéutica a seguir y las consultas sucesivas a cumplir. Cuando el paciente deba continuar su tratamiento en otro establecimiento de atención médica o cuando el paciente lo exija se le entregará un resumen escrito y certificado de su historia médica.
7. Un trato confidencial en relación con la información médica sobre su persona.
8. Ser asistido en establecimientos de atención médica donde exista la dotación adecuada de recursos humanos y equipos a sus necesidades de salud, aun en situación de conflictos laborales.
9. Exigir ante la administración del establecimiento público o privado de atención médica, los soportes de los costos institucionales, servicios y honorarios a pagar, si este fuera el caso."

Artículo 70°

"Los pacientes tendrán los siguientes deberes:

1. Preservar y conservar su propia salud y la de sus familiares, y cumplir las instrucciones e indicaciones que conduzcan a ello.
2. Contribuir al cuidado físico, al mantenimiento y al cumplimiento de las normas de orden y disciplina de los establecimientos de atención médica.
3. Cumplir las disposiciones legales, reglamentos, resoluciones y órdenes que adopten las autoridades públicas competentes, en beneficio de su salud y la salud de los demás.
4. Retribuir los costos generados por la atención médica cuando su capacidad económica se lo permita."

- **(Ley Nacional de Juventud, 2002),** Contempla en sus artículos, lo siguiente:

Artículo 20°

<<El Estado garantizará a los jóvenes y las jóvenes el derecho a la salud integral por medio de las leyes y las políticas correspondientes.>>

Artículo 22°

"El Estado, con el apoyo de la sociedad y la familia, proporcionará a los jóvenes y las jóvenes, a través de las instituciones públicas de salud información oportuna y veraz para el acceso a servicios de salud juvenil y otros recursos necesarios para el desarrollo de programas de prevención, curación y rehabilitación destinados a combatir enfermedades por drogadicción, de transmisión sexual y otras de alto costo y riesgo."

- **(Resoluciones Ministeriales, 1999):** Crea:

"1. Los Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil se crean con la finalidad de:
a) Brindar atención preventiva y asistencial a la población escolar de los planteles y comunidades educativas y locales, ampliando la cobertura del servicio, atendiendo a la política socio educativa ministerial para superar y/o satisfacer necesidades, problemáticas e intereses de los estudiantes que inciden en el hecho educativo. (…)
c) Promover y desarrollar la investigación y difusión en materia de promoción, prevención, protección, desarrollo y asistencia a la población escolar a nivel local, parroquial y municipal.
d) Propiciar la organización y participación de alumnos, docentes y comunidades en el diseño, ejecución, difusión y promoción de acciones, planes y proyectos de protección y desarrollo estudiantil así como en las redes sociales.(…)
h) Maximizar los recursos humanos, físicos, financieros y materiales en cada Zona Educativa para dar atención integral a la población escolar. (…)
2. Los Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil son unidades básicas operativas, con identidad propia, adscritas a las Divisiones Zonales de Protección y Desarrollo Estudiantil, creados para maximizar los recursos humanos, materiales, técnicos, físicos, y financieros disponibles, encargados de formular, ejecutar y evaluar planes y proyectos enmarcados en

el programa marco denominado "Programa Integral de Protección y Desarrollo Infantil y Juvenil", a partir de la detección de áreas problemáticas, necesidades e intereses de la población escolar en todos los niveles y modalidades del sistema educativo, con excepción del nivel de educación superior, en los ámbitos locales, parroquiales y municipales.
5. Los Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil estarán conformados como mínimo, por un profesional de cada una de las siguientes disciplinas: Trabajo Social, Sociología, Psicología, Medicina (pediatría, internista, general o salud pública) Odontología y Educación mención Orientación, personal para-profesional: Auxiliar de Enfermería e Higienista o Asistente Dental, personal secretarial y obrero(...).
7. Cuando el Centro Comunitario de Protección y Desarrollo Estudiantil atienda una matrícula superior a cinco mil (5.000) alumnos, este deberá estar conformado, como mínimo, por dos de cada uno de los profesionales antes mencionados."

- **(Ley del Ejercicio de la Odontología, 1943),** Establece en sus artículos:

Articulo 66°:

<<Corresponde a las autoridades nacional, estatales y municipales y a las instituciones de seguridad social, el establecimiento de servicios asistenciales de odontología a la comunidad donde fuere menester, a cargo de odontólogos y de sus auxiliares>>.

Articulo 67°:

"El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social queda facultado para dictar las medidas sanitarias y de fiscalización que en resguardo de la salud publica y de los intereses profesionales del gremio odontológico, considere necesarias a los efectos de aplicación de la presente Ley".

- **(Código de Deontología Odontológica, 1992),** En sus artículos:

Artículo 1°:

"El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la preservación de la salud, como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancia el deber primordial del Odontólogo."

Artículo 2°.

"El Profesional de la Odontología está en la obligación de mantenerse informado y actualizado en los avances del conocimiento científico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar la atención en salud integral requerida."

Artículo 3°:

<<Para la presentación idónea de sus servicios profesionales, el Odontólogo debe encontrarse en condiciones psíquicas y somáticas satisfactorias y poseer una formación ética y social irreprochables>>.

Artículo 4°:

<<l Profesional de la Odontología debe atender por igual celo a todos sus pacientes cualesquiera sean sus condiciones de salud, independientemente de su nacionalidad, raza, posición social o económica, creencias religiosas o ideas políticas>>.

Artículo 5°:

"Es deber ineludible de todo Profesional de la Odontología acatar los principios de la fraternidad, libertad, justicia e igualdad, y los deberes inherentes a ellas, consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de principios de los Colegios Profesionales Universitarios de Venezuela".

Artículo 18°:

"El Profesional de la Odontología al prestar sus servicios se obliga: a. Tener como objeto primordial la conservación de la salud del paciente. b. Asegurarle al mismo todos los cuidados profesionales. c. Actuar con la serenidad y la delicadeza a que obliga la dignidad profesional".

Artículo 30°:

"Los Profesionales de la Odontología al servicio de organizaciones dedicadas al ejercicio institucional de la Odontología, deberá cumplir con su trabajo profesional de acuerdo con las normas señaladas en este Código Deodontológico. Este se basará, por tanto, en el respeto a la dignidad de la persona, en la relación Odontólogo/Paciente, en la responsabilidad individual y en el secreto profesional".

Artículo 33°:

"El Odontólogo está obligado a velar por el prestigio de la institución donde trabaja, cumpliendo fielmente las disposiciones reglamentarias de la misma; éstas no podrán colindar con lo dispuesto en la Ley de la Odontología, en su Reglamento y en el presente Código."

Artículo 34°:

"Es deber del Odontólogo que ejerce en Instituciones hospitalarias recabar mediante revisión y conformación de la Historia Clínica, así como en la interconsulta profesional toda información que estime necesaria en beneficio de sus pacientes. Así mismo, es deseable mantener con los integrantes del equipo de salud, las mejores relaciones enmarcadas dentro de los beneficios que presta la Institución."

Artículo 36°:

<<Es deber del Odontólogo, salvo a causas debidamente justificadas, prestar su colaboración desinteresada a la acción emprendida por las autoridades competentes, destinadas a proteger la salud de la comunidad>>.

Artículo 51°:

"El Secreto Profesional es un deber inherente a la esencia misma de la profesión. Se establece para la seguridad de los pacientes, el honor y la responsabilidad del Profesional de la Odontología y la dignidad de la ciencia. El Profesional de la Odontología y todo el personal de auxiliares están en la obligación de conservar como secreto todo lo lícito que vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión. El secreto puede ser explícito o textualmente confiado por el paciente, y también implícito como consecuencia de las relaciones con pacientes. En ambos casos ha de ser inviolable, salvo en las circunstancias señaladas por la Ley."

Artículo 57°:

"Para los efectos de este Código la historia clínica comprende: a. Los elementos (subjetivos y objetivos) suministrados por el paciente. b. Las aportaciones del profesional tratante (identificación de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones). c. Las contribuciones (anotaciones correspondientes) si es que existieren, de los profesionales que colaboran en el diagnóstico y tratamiento del paciente. d. La documentación relativa, a las explotaciones complementarias realizadas: exámenes de laboratorio, radiografías, estudios histopatológicos, informes, etc."

Artículo 58°:

"En su ejercicio privado, el Odontólogo tiene derecho de propiedad intelectual sobre la historia clínica y sobre todo documento elaborado sobre la base de sus conocimientos profesionales. En el ejercicio institucional público (Instituciones Asistenciales del Estado), el Odontólogo conservará esa propiedad, pero la historia clínica como documento, es propiedad del establecimiento de salud correspondiente, y en consecuencia, su archivo, protección, manejo y otros actos de disposición son de la competencia de las autoridades hospitalarias."

1.7 Cronograma de Ejecución:

Cuadro N° 1

Temas	Periodo					
	Enero 2010	Febrero 2010	Marzo 2010	Abril 2010	Mayo 2010	Junio 2010
Trabajo de Grado						
Planteamiento del problema						
Justificación						
Objetivos						
Metodología						
Resultados Esperados						
Bibliografía						
Recolección, procesamiento y análisis de la información.						
Redacción informe final						
Entrega						

Fuente: Propia

1.8 Presupuesto:

Cuadro N° 2

Recursos Humanos	**Cantidad**	**Costo Unitario Mensual**	**Costo Mensual**	**N° de Meses**	**Costo Total**
Horas de trabajo de campo odontólogos (4 profesionales en total)	4	2377,00 Bs.F	9.508,00 Bs.F	4	19.016,00 Bs. F
Investigador	1	2377,00 Bs.F	2377,00 Bs.F	4	7.200,00 Bs.F
Asesoría	1				
Documentación:	**Cantidad**	**Costo Unitario Mensual**	**Costo Mensual**	**N° de Meses**	**Costo Total**
Libros consultados	12	70,00	70,00	3	840,00
Fotocopias	600	360,00Bs.F	360,00 Bs.F	4	360,00 Bs.F
Capacitación:	**Cantidad**	**Costo Unitario Trimestral**	**Costo**	**N° de Meses**	**Costo Total**
Unidad Curricular	1	288,00 Bs.F	288,00 Bs.F	3	864,00 Bs.F
Trabajo de Grado	1	1382,40 Bs.F	1382,40 Bs.F	4	1382,40 Bs.F
Equipos:	**Cantidad**	**Costo Unitario Mensual**	**Costo Mensual**	**N° de Meses**	**Costo Total**
Computadora	1	4600,00 Bs.F	4,600,00 Bs.F	4	4.600,00 Bs.F
Impresora:	1	1.800,00 Bs.F	30,00 Bs.F	4	120,00
Materiales de oficina	**Cantidad**	**Costo Unitario Mensual**	**Costo Mensual**	**N° de Meses**	**Costo Total**

Cartucho Tinta (negro y color)	2	93,00 Bs.F	93,00 Bs.F	4	744,00 Bs.F
Resma papel (para impresora)	2	40,00 Bs.F	40,00 Bs.F	1	80,00 Bs.F
Servicios	**Cantidad**	**Costo Unitario Mensual**	**Costo Mensual**	**N° de Meses**	**Costo Total**
Luz eléctrica	6 horas x día	45,00 Bs.F	45,00 Bs.F	4	180,00 Bs.F
Conexión Internet	ilimitado	130,00 Bs.F	130,00 Bs.F	4	520,00 Bs.F
Total Mensual			**18.923 Bs.F**		
Total General					**35.906 Bs.F**

Fuente: Propia

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

En relación al objetivo general y específicos de esta investigación se contemplaron varios componentes que guardan relación con la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud, con mayor énfasis en el área odontológica, que orientarán el sentido de la investigación, tomando en cuenta los enfoques teóricos derivados del objeto de estudio, los antecedentes y la definición de los procesos que contemplan la planificación en salud.

2.1 Estructura Sanitaria:

Se refiere a formas de organización oficial de los servicios o centros de salud de una nación de acuerdo a la capacidad resolutiva, determinada por el nivel de complejidad de los procedimientos a realizar y el personal con el que cuenta para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud, tomando en consideración para ello la ubicación geográfica de los mismos.

En 1920 Dawson en el Reino Unido, fue el primero en definir los centros médicos del primer nivel de atención; posteriormente durante la Segunda Guerra Mundial, los servicios médicos de las fuerzas armadas soviéticas devolvieron al frente a millones de combatientes que fueron atendidos mediante un sistema de evacuación por etapas que constituían niveles de atención.

A partir de estas formas de organización, la Salud Publica, definida como una ciencia, que obtiene, depende y colabora con los conocimientos a partir de todas las ciencias (Sociales, Biológicas y Conductuales), cuyo objetivo es ejercer y mantener la salud de la población, así como de control o erradicación de las enfermedades ha incorporado la clasificación de los niveles de atención como una metodología organizacional que es aceptada internacionalmente y avalada por la Organización Mundial de la Salud [OMS]. (Historia de la Salud Pública, (s.f.).

A partir de la década de 1940, se dio el nacimiento de la estructura sanitaria de manera formal, articulada y capaz; que permitió obtener logros y progresos en el campo de la salud entre (1941 -1975), en conjunción con otros factores, como el

aumento del nivel de vida, el saneamiento básico del medio ambiente y la extensión total y vertical del proceso educativo.

Mientras que a nivel internacional, muchos años antes de la reunión de Alma Ata, en la antigua Unión Soviética realizada en el 1978, este país contaba con una basta red de niveles de atención en salud donde los conceptos de distritalización y regionalización eran puestos en práctica, dándole a sus habitantes la posibilidad de brindar elementos fundamentales de prevención y control de las principales enfermedades endémicas, saneamiento básico, educación sanitaria; y aunque la cobertura no llego a ser total, se dio un cambio en los patrones de mortalidad, iniciándose entonces la denominada "transición epidemiológica".

2.1.1 Niveles de Atención Sanitaria:

Los Sistemas de prestación de servicios pueden organizarse por nivel de atención, vinculados por sistemas de envío de pacientes. El objetivo general es lograr una productividad óptima dentro de los límites aceptados de eficiencia y de acceso a los diferentes niveles por parte de las comunidades.

Dentro de esta clasificación existen varios enfoques, el más aceptado consta de tres (III) niveles. El primero debe dar solución al 80 % o más de los problemas de salud de la población, mediante la promoción, prevención de riesgos y daños, atención básica y rehabilitación menos compleja.

El segundo nivel tiene la capacidad de atender enfermedades que requieren abordaje por especialistas, cuatro especialidades básicas (gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna), servicio de laboratorio, odontología, hospitalización, cirugía ambulatoria y rehabilitación, además de mantener la promoción, prevención de riesgos y daños. La demanda a solucionar es del 15 al 20%.

El tercer nivel ofrece la promoción, prevención de riesgos y daños, atención de casos más complejos al igual que la rehabilitación, por lo que requieren la presencia de especialistas; cuentan además con recursos sofisticados de diagnóstico por imágenes, quirófanos, etc. Posee una capacidad resolutiva de la demanda del 5 al 10%.

Esta clasificación es ratificada en el país por la Ley Orgánica de Salud, publicada el 11 de noviembre de 1998. Gaceta Oficial N° 36579, Titulo III, capítulo III, artículos 29; 30 y 31 al definir cada nivel de atención.

Sin embargo también se puede encontrar dentro de esta clasificación por niveles de atención cinco niveles (V), en donde se pretende una capacidad resolutiva del 1-2%. El cuarto nivel (IV) esta destinado a servicios especializados y el quinto nivel (V) para hospitales que se destinan a la atención de sub especialidades dentro de una población específica, por ejemplo, en el país el "Hospital Cardiológico Infantil Gilberto Rodríguez Ochoa; Hospital Oncológico Luis Razzeti; Hospital de Niños J.M de los Ríos", entre otros.

2.1.2 Clasificación de los establecimientos de Atención Médica en Venezuela de acuerdo a los Niveles de Atención Sanitaria en el Sub- Sector Público:

De acuerdo a lo establecido en la Gaceta Oficial N° 32.650 del 21 de enero de 1983, se establece la siguiente clasificación:

"Los establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención médica del sub sector publico deben ajustarse a las características que les correspondan de acuerdo a la siguiente clasificación.

I Ambulatorios:

1. Ambulatorios rurales

a. Tipo I.

b. Tipo II

2. Ambulatorios Urbanos

a. Tipo I.

b. Tipo II

c. Tipo III.

2.1.2.1. Características de los Ambulatorios Rurales:

Prestan atención médica integral, general y familiar a nivel primario, excepto hospitalización y se encuentran ubicados en poblaciones menores a diez mil (10.000) habitantes.

Los Ambulatorios Tipo I se encuentran ubicados en áreas rurales dispersas menores a mil (1000) habitantes, son atendidos por un auxiliar de la medicina simplificada bajo supervisión médica y de enfermería.

Los Ambulatorios Tipo II están ubicados de manera dispersa en poblaciones mayores a mil (1000) habitantes, son atendidos por médicos generales y pueden contar con camas de observación y servicio de odontología. Dependen técnica y administrativamente de la Dirección del Distrito Sanitario.

2.1.2.2 Características de los Ambulatorios Urbanos:

Estos se encuentran ubicados en poblaciones mayores a diez (10000) habitantes, prestan atención médica integral y no disponen de hospitalización.

Los Ambulatorios Tipo I prestan atención médica a nivel primario, trabajan médicos generales o familiares, pueden contar con servicio odontológico y psico-social y dependen administrativamente de la Dirección del Distrito Sanitario.

Los Ambulatorios Tipo II prestan atención médica integral a nivel primario, los médicos generales que trabajan en el poseen experiencia en la administración de salud pública y pueden realizar funciones docentes de pre y post-grado. Pueden contar con servicios de pediatría y obstetricia, laboratorio, radiología y emergencia permanente. Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.

Los Ambulatorios Tipo III, prestan atención médica integral a nivel primario y secundarios o ambos, son dirigidos por médico con formación media en salud pública , poseen además de medicina general, medicina interna , cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, servicios de dermato-venerología, cardiología y emergencia. Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.

A continuación se muestra en la tabla N° 3 de acuerdo al nivel de atención que prestan los servicios de salud, el tipo de problemas que buscan solucionar y en que porcentaje se esperan puedan lograrlo.

Tabla N° 3

Organización de redes de salud y tipo de servicio de salud

Nivel de atención	Tipo de servicios de salud	Tipo de problemas de salud	Tipo de proveedor de salud	% de demanda que solucionar
Primer nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo de menor complejidad Rehabilitación menos compleja	Controles de salud del niño y embarazadas Planificación familiar Control de enfermos crónicos Enfermedades no complicadas como infección respiratoria aguda, diarreas agudas, etc.	Puestos, centros de salud, con recursos limitados A veces cuentan con laboratorio, diagnóstico por imágenes, quirófanos y centro obstétrico.	70-80%
Segundo nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización y cirugía ambulatoria Rehabilitación	Enfermedades que se resuelven con especialistas en pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna	Policlínicos para consulta especializada Hospitales con las cuatro especialidades básicas Cuenta con laboratorio, diagnóstico por imágenes y quirófanos	15-20%
Tercer nivel	Promoción Prevención de riesgos y daños Recuperativo que requiere hospitalización, cirugía y procedimientos complejos Rehabilitación	Enfermedades y complicaciones que requieren especialistas	Hospitales y centros con recursos sofisticados en laboratorio, diagnóstico por imágenes, quirófanos, etc.	5-10%
Cuarto nivel	Investigación y docencia	Casos muy complejos	Centros hospitalarios generalmente relacionados con centros docentes	1-2%

Fuente: Güida. Carlos (s.f) "Niveles de complejidad en la atención sanitaria" p. 11.

2.2 Atención Primaria en Salud:

Desde el siglo XX la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido políticas de salud con estrategias claramente definidas como lo es la Atención Primaria en Salud, la cual fue aceptada por todos los países del mundo. Dicha organización se establecido plazos para alcanzar las metas planteadas; dentro de las cuales estuvo "Salud para todos en el año 2000" decretada en el año 1977.

Una vez llegado el momento a pesar de no haber alcanzado las metas, se realizo una revisión de las razones por las cuales no se logro esta meta y se planteo entonces un segundo intento que se denomino como los Objetivos del Milenio. En donde mantiene la vigencia el concepto de atención primaria en salud.

Sin embargo son múltiples las interpretaciones de los documentos OPS/OMS, producto de los análisis realizados por distintos grupos, en diferentes países y bajo realidades diversas.

En 1978, en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesario una estrategia especifica, distintas a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de Salud (APS). Posteriormente se definieron, para la región de las Américas, las metas mínimas de salud que debían ser alcanzadas a través de la Atención Primaria.

La estrategia de Atención Primaria de Salud tiene varios componentes dentro de la concepción general éstos pueden destinarse a grupos o a problemas específicos, tales como:

a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado.
b) Programa para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
c) Programas para la prevención protección y control de enfermedades, etc.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales; es decir, que afectan no sólo a lo curativo sino, fundamentalmente, a lo preventivo. Por esto se acostumbra denominarlas: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de Historia Natural de la enfermedad introducido por Sir MacFarlane Burnet en 1940. (Juana de la Luz Pérez Govea, Teresa Magdalena Paz Quevedo, Liliana Ramírez Rosales, Marian, Ramírez Ordaz, 2009)

En base a la propuesta presentada por la Organización Panamericana de la Salud/OMS, titulada (Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, 2005) la misma reitera mucha de las estrategias entre las cuales se definió que "La Atención Primaria de Salud, es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con

espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". La Atención Primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo de las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."

No obstante en este papel de trabajo se diferencian los diversos conceptos de: Prevención Primaria, que serán las acciones de promoción y protección especifica de la salud y forman parte de la estrategia y el Nivel de primario de atención, el cual se define como mencionamos anteriormente a la: organización de los recursos (humanos, físicos y financieros) en servicios básicos para la atención primaria que parten de la comunidad misma y son apoyados por otros niveles de mayor complejidad (secundarios, terciarios, etc.).

2.2.1 Ampliación de la Cobertura de los Servicios de Salud.

De acuerdo a lo que refiere (Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, 2005) Existen varias acepciones, por lo que en este trabajo haremos referencia a dos:

a) La cobertura de los programas y actividades de salud, es decir, el porcentaje de población "cubierto" por ellos. Por ejemplo: 50% de cobertura con vacuna Sabin significa que el 50% de los niños de 0 a 1 año está vacunado contra el sarampión.

b) La cobertura de los servicios de salud, entendida como su accesibilidad para la población. Frecuentemente se asevera con fines políticos que tal o cual servicio tiene una "cobertura" de 80% ó 100%, con lo cual sólo se está diciendo que "hay" un servicio geográficamente accesible. Como lo que interesa es la "utilización real" del mismo, un concepto más genuino de cobertura debería referirse a esta utilización y no a la simple presencia de un establecimiento o servicio en un área.

De este modo, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud contempla tres aspectos fundamentales: acceso de la población a los servicios; disponibilidad

relativa de recursos, un sistema técnico y administrativo que responda a las necesidades y aspiraciones de la población.

El problema del acceso tiene tres elementos principales:

- La existencia de una oferta sostenida y regular de servicios prestados con una combinación de recursos que geográfica, económica, temporal y culturalmente estén al alcance de las comunidades.
- El ajuste cuantitativo, cualitativo y estructural de los servicios, para amoldarlos a la importancia numérica y a la estructura de la población y de sus problemas o necesidades en materia de salud.
- La aceptación de los servicios por parte de las comunidades, expresada como utilización real, y la participación de éstas en su diseño y prestación.

Los problemas de escasez relativa y de recursos pueden a su vez analizarse teniendo en cuenta, la forma en que el sistema está organizado, su estructura de gestión, administración y la combinación tecnológica de los recursos disponibles que eleve al máximo la productividad y la efectividad.

Los problemas de salud y las técnicas conocidas para su atención admiten distintas soluciones técnicas y administrativas; en consecuencia, los sistemas de prestación de servicios pueden organizarse por nivel de atención, vinculados por sistemas de envío de pacientes. El objetivo general de esta organización, es lograr una productividad óptima dentro de los límites aceptados de eficiencia y de acceso a los diferentes niveles por parte de las comunidades.

En esta perspectiva, las estrategias nacionales de atención primaria comprenden varios aspectos:

Eficiencia: es el aprovechamiento óptimo de los recursos para obtener el mejor resultado; por ejemplo, menor costo posible.

Eficacia: es la medida en que se cumple la meta propuesta o el impacto de una acción; p.ej. eficacia terapéutica de un medicamento medida por curación o reducción de muertes.

Efectividad: es la adecuación de las metas propuestas y de los recursos utilizados para resolver un problema dado; p.ej. reducir la mortalidad o la morbilidad por diarrea, mediante el uso de suero oral.

2.2.2 Características Generales de los Programas en la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

a) Deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales. Esto implica, en la realidad, establecer prioridades; la tienen los grupos rurales y urbanos marginados y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos.

b) Con respecto al contenido de los programas, deben acentuarse las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.

c) Entre las características deben figurar la universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios), la equidad (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y la continuidad (no deben ser esporádicos, como los servicios móviles).

d) Debido a los cambios de carácter económico, social y demográfico que pueden ocurrir, conviene hacer un análisis y una selección cuidadosa de los posibles elementos del programa que se necesitan para satisfacer necesidades prioritarias, como son las de salud materno-infantil, inmunización, lucha contra las enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, parasitosis y enfermedades transmitidas por contacto sexual, salud mental, enfermedades cardiovasculares y otras de tipo crónico, salud ocupacional, etc. La alimentación y nutrición, el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento básico se consideran requisitos fundamentales para la protección de la salud, y se clasifican como actividades intersectoriales y de participación de la comunidad.

La inquietud en cuanto a las características de la Atención Primaria, es uno de los factores que explica la tendencia a examinar los métodos de gestión que se usan en otros sectores para hacer frente a situaciones de parecida complejidad. Entre estos métodos figuran el enfoque sistemático de la investigación operativa; los sistemas de información sobre gestión administrativa; las técnicas de aplicación de criterios orgánicos y de comportamiento ante la comunicación, la selección de

personal, la formación y motivación, la adaptación al cambio, el concepto de trabajo en equipo, la planificación institucional y otros.

Sin embargo, la simple aplicación de técnicas modernas de administración rara vez logra resolver los problemas de organización y prestación de servicios de salud, si no se superan algunas restricciones de carácter estructural, entre las cuales destacan las siguientes:

a) Mejoría de la relación entre eficacia y eficiencia:

La eficacia de una solución se mide por su capacidad para resolver una necesidad; la eficiencia, está dada por el máximo rendimiento de los recursos empleados, es decir, el menor costo social.

Para disponer de soluciones eficaces y eficientes es necesario superar una serie de restricciones entre las cuales siempre están presentes:

La multiplicación y duplicación de instituciones o agencias y las dificultades en su coordinación.

- La falta de correspondencia entre los tipos de problemas y la organización de las instituciones.
- La inadecuada distribución y adaptación de los recursos físicos y humanos a las funciones que deben cumplir.
- El empleo de tecnologías inapropiadas en la solución de problemas.
- En algunos casos, la incoherencia o falta de convergencia, o de complementariedad en los procesos de toma de decisiones políticas, técnicas y administrativas.
- La utilización de normas y procedimientos inconsistentes con la realidad social y cultural
- La inadecuada supervisión de los sistemas..
- La falta de, o inadecuada comunicación entre los niveles locales, regionales y del gobierno central.

El diseño de subprogramas, en este caso odontológicos requiere, en primer término, definir la organización general del sistema, los diferentes tipos de servicios y los recursos que serán utilizados. Luego la aplicación efectiva del enfoque de niveles y que permite tomar apropiadamente en cuenta las necesidades de los diferentes grupos de población.

Con respecto al desarrollo de los recursos humanos, interesa destacar la necesidad de capacitarlos en el dominio de las acciones prioritarias, lograr un adecuado balance entre generalistas y especialistas, la incorporación de trabajadores básicos en salud y el fortalecimiento de los sistemas de supervisión como función de asesoramiento y capacitación continua.

2.2.3 Renovación de la atención Primaria en Salud:

En el año 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), bajo resolución, se compromete a la Renovación de la Atención Primaria de Salud (APS), (OPS (2005). Renovación de la Atención Primaria en las Américas. México: Autor), a través de la generación de ideas y recomendaciones que puedan hacer frente a la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la (APS) debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencia presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la (APS); el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados por la (APS) para ser más efectiva; el reconocimiento creciente de que la (APS) es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud; y un consenso en aumento sobre el valor de la (APS), como instrumento poderoso para enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud. Un enfoque renovado de la (APS), es además una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): afrontar los determinantes sociales de la salud y de la inequidad y reconocer la salud como derecho humano.

Para el año 2005, la (OPS) señalo que: la evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la (APS) alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la (APS). (Encuentro Nacional sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud. OPS, 2005)

Tabla N° 4

Enfoques de la Atención Primaria de la Salud. (APS)

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva	La APS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia maternal e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención Primaria	La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un Sistema de salud
Alma Ata "APS Amplia"	La declaración de Alma Ata define a la APS como primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas "inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros" que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad,	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales.

Fuente: O.P.S. Enfoques de la Atención Primaria de Salud. (2005: 4).

Como el concepto de (APS) se identificó tan estrechamente con el objetivo de "Salud para Todos en el año 2000", su significado y orientación se amplió tanto que llegó a incluir un extenso rango de resultados que estaban por fuera de la responsabilidad del sistema de salud. En la medida en que se acercó la llegada del

milenio, infortunadamente, se hizo cada vez más claro que la Salud para Todos no podría lograrse; para muchos, la falla en la obtención de esta meta se asoció con una falla de la (APS) en sí misma.´

2.2.4 Construcción de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud:

La esencia de la definición de renovación de la (APS) sigue siendo la misma que soporta la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, la nueva definición se enfoca sobre el conjunto del Sistema de salud; incluye a los sectores públicos, privados y sin ánimo de lucro y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y los derechos humanos, e incorpora principios nuevos como los de respuesta a las necesidades de salud de la población, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad, orientación hacia la calidad y justicia social. La (APS) no es un conjunto de servicios de salud definido de antemano, en la medida en que los servicios deben establecerse en respuesta a las necesidades de salud.

2.2.4.1 Valores:

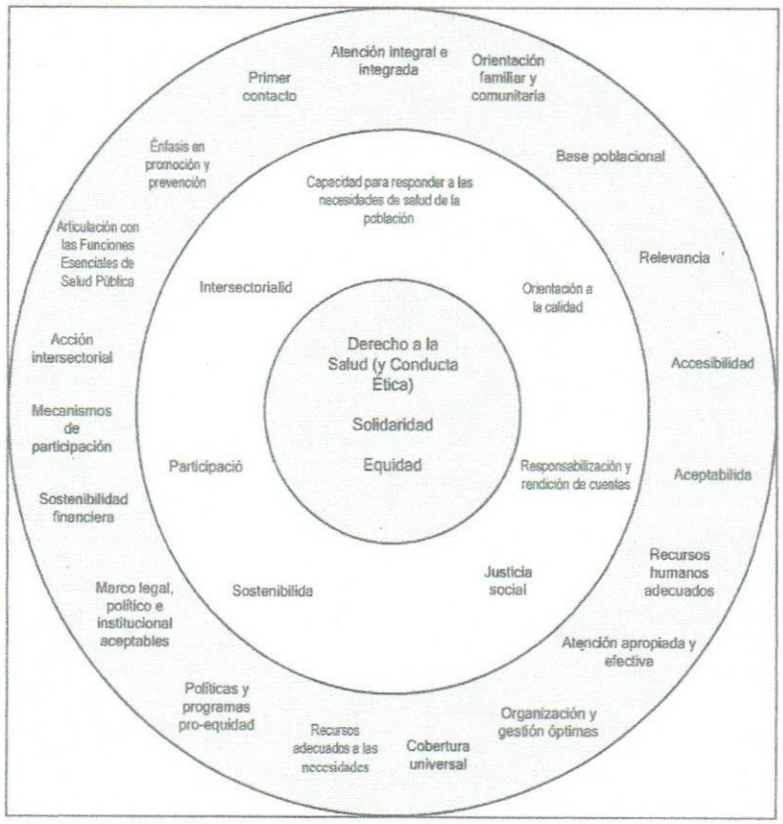
Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los arreglos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Ellos proveen un basamento moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público. Los valores que aquí se describen pretenden reflejar los de la sociedad en general. Algunos valores pueden ser más relevantes que otros, o ser definidos con ligeras diferencias entre sí, de acuerdo con la cultura loca, la historia y las preferencias de una sociedad dada. Al mismo tiempo, un cuerpo de leyes internacionales, cada vez mayor, ha venido definiendo los parámetros necesarios para proteger a las personas de la sociedad en desventaja y para crear una base legal que les permita hacer valer sus derechos en relación con su dignidad, libertad y deseos de buena salud. Estos derechos se encuentran consagrados además en La Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela, por lo que, el desarrollo de sistemas de salud basado en la (APS),

estará en perfecta sintonía con los valores que se contemplan en este proceso de renovación.

Deberá comenzar entonces por un análisis de los valores e involucrar a los ciudadanos comunes y a quienes toman las decisiones en el proceso, en el que se establecen la forma y como tales valores deben ser definidos, articulados y ordenado según la prioridad.

Figura N° 3

Valores centrales, Principios y Elementos de un Sistema de salud basado en (APS).



Fuente: O.P.S.. Enfoques de la Atención Primaria de Salud. (2005: 12).

El derecho a la salud: es definido como un valor social que se ha expresado y articulado en muchas constituciones y tratados internacionales. El derecho a la salud involucra derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado legalmente definidas. El derecho a la salud constituye exigencias de salud a las que recurren los ciudadanos cuando éstas no se les garantizan. El derecho a la salud es instrumental, en el sentido que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población, que haya rendición de cuenta en el sistema de salud y que la APS sea orientada hacia la calidad, de tal forma que se logre una máxima eficiencia y efectividad y se minimicen los daños y perjuicios. Los derechos a la salud están inextricablemente unidos con la equidad y ambos valores, a su vez, reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

La equidad en salud: se define como la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se reciben en los sistemas de servicios sociales y de salud. Siendo un prerrequisito para garantizar la capacidad humana, la libertad y los derechos, la equidad porta valores intrínsecos. La equidad es la piedra angular de los valores sociales: la forma como una sociedad trata a sus miembros que están en peor situación refleja la manera cómo juzga la vida humana, ya sea explícita o implícitamente. Con la ubicación de la equidad, como valor central de un sistema de salud basado en el (APS), se busca subrayar que las políticas y programas de salud se orienten hacia la consecuencia de la equidad. La razón de ser de los sistemas de salud no es simplemente la consecución de la eficiencia, el costo-efectividad o la caridad; por el contrario, la equidad debe ser asumida como un imperativo moral y como una obligación social y legal.

La solidaridad: es el grado en el que la gente de una sociedad se compromete a trabajar junta por el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta en la conformación de organizaciones y uniones de trabajo voluntario y mediante otras múltiples formas de participación ciudadana en la vida cívica. La solidaridad social es uno de los medios por los que la acción colectiva puede llegar a resolver problemas; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre

garantizar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. El gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de los servicios. Para lograr que esto se cumpla, la rendición de cuentas requiere de seguimiento, del mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud, lo que debe hacerse de una forma transparente y sujeta al control social.

Servicios orientados hacia la calidad: son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparlas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al mismo tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud. Cumplir con este requisito demanda dotar a los profesionales de salud de todos los niveles con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua. Un enfoque orientado hacia la calidad requerida de procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones de salud preventiva y curativa y asignar los recursos de una manera acertada.

La justicia social: es la perspectiva mediante la cual se valora, especialmente, el grado en el que las acciones del gobierno aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los grupos más vulnerables, con el objetivo de terminar con las inequidades en salud. Trabajar con este enfoque, en el sector salud, incluye: establecer objetivos de salud que incorporen metas especificas para lograr la mejoría de la cobertura de los pobre; usar estas metas para asignar recursos adicionales que permitan satisfacer las necesidades de las personas en desventaja; mejorar la educación y hacer uso de las iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planeación y control del sistema de salud; y desarrollar acciones concretas para compartir los principales determinantes sociales de las inequidades en salud.

La sostenibilidad: del sistema de salud requiere el uso de la planeación estratégica y de la generación de compromisos duraderos. Un sistema de salud construido con base en la (APS), es el medio más importante para invertir en la salud de la población. Esa inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades

actuales de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana. El compromiso político es de particular importancia para garantizar la sostenibilidad financiera; es necesario que los sistemas de salud orientados por la (APS) establezcan mecanismos (tales como derecho de salud y obligaciones especificas del gobierno legalmente definidas), que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempo de inestabilidad política y de cambio.

La intersectorialidad es el enfoque por el cual los sistemas de salud logran trabajar con diferentes sectores y actores que les permiten impactar, de la mejor forma posible. La capacidad de respuesta de la (APS) frente al abordaje intersectorial dependerá del nivel de desarrollo del país dado y de los recursos disponibles en la (APS) y en otros sectores.

Participación individual y social: es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuenta. Desde el ámbito individual la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y la de su familia. La participación social en su salud es una expresión de la participación cívica en general, permite que el sistema de salud refleje los valores sociales y es un medio para el control social de las acciones públicas y privadas que impactan de alguna manera a la sociedad.

2.2.4.3. Elementos:

Los elementos de un sistema de salud basados en la (APS) son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. Tales elementos deben estar interconectados y fundamentados en evidencias que aprueben su efectividad para mejorar la salud o su importancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la (APS).

La accesibilidad: es el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica la ausencia de barreras de atención geográfica, financiera y organizacional; por eso, un sistema de salud basado en la (APS) debe organizar la ubicación, operación y financiamiento de todos los servicios de cada uno de sus niveles de atención teniendo en cuenta este elemento.

La aceptabilidad: Determina si las personas usaran los servicios y si estos son accesibles. También influye en las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en su nivel de confianza en los proveedores y en su grado de comprensión de los consejos que les dan a los médicos y otro personal de los servicios.

Primer contacto: mediante esta función la (APS) se convierte en el fundamento del sistema de salud y, en la mayoría de los casos, en la interfase entre el sistema de servicios sociales y de salud y la población.

La integridad: de un sistema de salud se refiere a la situación de sus servicios, si estos son suficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado.

Atención Integrada: significa que todas las partes del sistema de salud trabajan juntas para maximizar la salud y asegurar que todas las necesidades de salud sean satisfechas.

El enfoque poblacional significa que un sistema de salud basado en la (APS) no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea los lentes de la salud pública para hacer uso de información comunitaria que permita valorar los riesgos y priorizar las intervenciones. La orientación hacia la población le permite a la (APS) organizar y proveer servicios preventivos y curativos relevantes, que toman en cuenta el contexto familiar y comunitario; y, cuando sea necesario, desarrollar acciones que fortalezcan la capacidad y habilidad de la población para cuidar de sí misma y de los miembros de su familia en forma efectiva.

2.3. Política Sanitaria:

Es requisito imprescindible para la planificación, la formulación de una clara política de salud que permita establecer las metas a lograr de acuerdo a los cambios que en la situación del estado de salud se esperan obtener. Corresponde al Gobierno Nacional definir dicha política, tomando en cuenta las peculiaridades propias del país y de acuerdo a los propósitos económicos y sociales que caracterizan el plan general de desarrollo. (Aldis. Willians, 2009)

2.4 Planificación en salud:

De acuerdo a lo que refiere (Malagón –Londoño. Galán Morena. Pontón Laverde. 2000) es también denominada como la planificación del desarrollo, ya que tiene que ver con todos los esfuerzos continuos, deliberados y racionales por parte de los gobiernos, para acelerar el proceso de desarrollo y para encauzarlo en las direcciones deseadas, mediante una elección amplia y detallada de objetivos, mediante la determinación y asignación de los recursos necesarios para conseguir esos objetivos.

Dentro de la planificación encontraremos el uso frecuente de términos como Plan, Programa y Proyectos: Un plan consiste en una serie de programas armónicamente integrados con el fin de alcanzar ciertos objetivos generales que le son comunes. Un programa puede definirse como un conjunto de actividades coordinadas, encaminadas a la obtención de un objetivo específico o a un grupo limitado de objetivos íntimamente relacionados entre sí; mientras que un proyecto gira en torno a un objetivo que atiende situaciones estructurales y desaparece una vez que se resuelve tal situación, para la que fue creado, por lo que son finitos. (Córdova. Y, 2006). Y la programación es esencialmente un método destinado a realizar los planes concebidos.

La elaboración del plan general de desarrollo del país, se ha de basar en la consideración simultánea de las necesidades existentes y de los recursos de que se dispone para solventarlos. Un inadecuado balance entre recursos y necesidades, conduce a la formulación de metas irreales y por ende al fracaso de la totalidad del plan. Tal balance sin embargo, es apenas uno de los elementos necesarios para la planificación y toma en consideración solamente factores fácilmente mensurables, sin dar la debida importancia a ciertos elementos fundamentales, que por ser de carácter cualitativo no resultan fáciles de cuantificar.

Planificar entonces es proponer un futuro y determinar qué cambios y acciones son necesarias para alcanzarlo. Sin embargo este proceso no debe ser realizado sin la participación de la comunidad y el equipo de salud.

Definir las prioridades en salud de una comunidad es fundamental a la hora de planificar y por lo general se suelen utilizan los siguientes criterios:

- Frecuencia de una enfermedad, tanto la mortalidad como la morbilidad son importantes. Se utilizan las estadísticas de mortalidad (causas más frecuentes de muerte) y las de los servicios de salud (causa de consulta) para determinar la morbilidad. A menudo las estadísticas están incompletas, especialmente las de morbilidad, por que reflejan solamente la situación de la población que acude (o tiene acceso) a los servicios de salud; casi siempre es menos de la mitad de la población en el medio rural. Además de las estadísticas de rutina pueden existir, en regiones similares, estudios epidemiológicos que podrían ser útiles. Otras formas de obtener información son: la estimación según informantes, las encuestas informales y la evaluación participante.
- Gravedad de una enfermedad, es la propiedad de la enfermedad para producir incapacidad, invalidez, alta letalidad y riesgo de transmisión.
- La preocupación de la comunidad.
- Vulnerabilidad de la enfermedad frente a las medidas sanitarias.

2.4.1 Componentes Fundamentales en el Proceso de Planificación:

1. Conocer el porque existimos y cual será el norte alcanzar
2. Definición de los objetivos.
3. Determinación de los recursos reales o potencialmente disponibles para el cumplimiento del plan.
4. Selección de los medios adecuados para cumplir las metas establecidas.
5. Especificación de los programas concretos que permitirán el cumplimiento de los objetivos formulados.
6. Disposiciones que habrán de tomarse para hacer factible la realización del plan.

2.4.2 Factores que favorecen o dificultan la Planificación en Salud:

1. Escasez de recursos económicos.
2. Ausencia de una política sanitaria.
3. Multiplicidad de instituciones para la salud.
4. Recursos humanos deficientes.

5. La Evaluación
6. Problemas Técnico – administrativos.
7. Pobreza de la información estadística.
8. Carencia de una adecuada metodología.
9. Inexistencia o mala estructuración de los cuerpos de programación.

La Escasez de Recursos Económicos: Ahora bien cuando se hace referencia a la escasez de recursos económicos, se aprecia como este factor, esta íntimamente relacionado con el proceso de planificación, pues a partir del conocimiento de lo que se dispone para llevar a cabo un programa o política sanitaria, se determinan una serie de elementos estructurales que ejercerán una influencia directa sobre dicho proceso, como por ejemplo la infraestructura disponible y la requerida, la dotación y suministro de los servicios, la contratación apropiada y proporcional de profesionales en relación a la población a beneficiar, inclusive si dicha atención será publica o privada.

Ausencia de Políticas Sanitarias: No obstante la ausencia de política sanitaria también es otro pilar fundamental, ya que si no se sabe donde se quiere llegar como se puede alcanzar; es el punto de partida de la situación que se tiene y desea cambiar, basada por supuesto en una serie de principios y el uso de conceptos, teorías, conocimientos, herramientas y técnicas para dirigir y alcanzar los objetivos propuestos.

Multiplicidad de instituciones para la salud: Mucho se ha estudiado el problema que se ha presentado durante décadas a pesar de los esfuerzos realizados por los organismos gubernamentales cuando se da la multiplicidad de instituciones para la salud que no trabajan de manera centralizada a nivel de política sanitaria, sino de manera descentralizada o anarquizada en función de objetivos particulares y no gubernamentales y nacionales, generando a su vez cabalgamiento de funciones, de espectro de acción, despilfarro de recurso y poca eficiencia.

Calidad del Recurso Humano: Se podría decir que este aspecto es también de vital importancia. Lamentablemente es común ver que muchas veces cuando se adoptan técnicas y métodos, que aunque han demostrado su eficiencia en otros lugares y quizás no sean los más recomendables en las condiciones del país que los adopta. A menudo se ha señalado, que la existencia de altos niveles de salud

en los países desarrollados, como consecuencia de la riqueza producida, lo que ha hecho pensar a muchos directivos, que tal avance ha sido el producto de exclusivas acciones sanitarias, lo cual ha conducido a la adopción de métodos y procedimientos que como era de esperarse, lejos de solucionar los problemas, ha determinado una distracción de los recursos hacia campos poco productivos.

A la hora de planificar es importante prever la necesidad de personal requerida para el desarrollo de un programa, plan o proyecto, ya que esto permite destinar el tiempo necesario para buscar la persona idónea para el cargo, es decir que posea los conocimientos, destrezas, y habilidades necesarias para enfrentar de inmediato el desempeño del cargo, sin llegar a omitir la fase de entrenamiento que aunque es costoso y toma tiempo tanto para la persona que entrena como para quien lo recibe, no recibirlo a la larga resulta mucho más caro, ya que la ausencia de entrenamiento genera tensión, crisis, conflicto y vicios porque nadie esta seguro como deben organizarse las cosas. Tal situación hace que los jefes en vez de supervisar se dediquen a resolver problemas de última hora, urgentes en vez de supervisar y planear el futuro a corto y mediano plazo, lo que a su vez genera inconformidad en los pacientes por la mala atención.

Como parte de los beneficios de un personal entrenado e idóneo, incrementa la moral y satisfacción por el trabajo, ya que al saber que se espera de ellos y saber que pueden lograrlo genera mayor producción, menos cansancio, reduce los accidentes y hasta revela capacidades desconocidas que abren las puertas de otro tipo de desempeño más complejo.

La Evaluación: Otro aspecto de suma importancia es la evaluación y seguimiento del programa en ejecución. La evaluación se constituye en garante del proceso, y el registro de datos durante su desarrollo, lo que permite la observación y análisis permanentemente del comportamiento de ciertos indicadores. "Es la medición sistemática de cualquier cambio en un estado o situación dada, ocurrido dentro de un período específico, que se verifica como resultado de actividades realizadas para alcanzar un objetivo determinado". (Formulación y Evaluación de Proyectos Sociales, 2005).

La evaluación debe ser un proceso continuo en el tiempo y en el espacio, no debe ser esporádica ni constituir la actividad final de un programa. En este proceso deben intervenir todos los que participan en las actividades que se evalúan, funcionarios superiores de la organización e incluso personas extrañas cuya presencia sea necesaria, siempre y cuando tengan un conocimiento adecuado de lo que se desea evaluar.

Para que la evaluación sea válida, se deben tomar en cuenta los siguientes elementos:

- Control de asistencia de los pacientes
- Manejo de un archivo
- Localizador y distribución de las historias clínicas
- Manejo de sistema de citas
- Registro de actividades diarias y mensuales
- Control de asistencia de los pacientes
- Registro de tiempo operacional

Aquellos datos obtenidos a través del proceso de evaluación deben caracterizarse por su objetividad, además de ser representativos de la realidad existente en la población estudiada, para la futura obtención de conclusiones convincentes. (Trabajo Final. Seminario de Extensión Universitaria, Facultad de Odontología. U.C.V., 2005)

Problemas Administrativos: Tomando en cuenta por lo tanto, que la finalidad de la planificación es ante todo señalar un curso de acción que facilite el cumplimiento de ciertas metas, es imprescindible tomar en cuenta las facilidades de salud existentes, cuyas características particulares deben ser estudiadas en detalle, a fin de introducir los cambios necesarios que garanticen el normal funcionamiento del proceso de planificación, será necesario organizar las acciones de salud planificando adecuadamente la organización de los recursos disponibles y adoptando aquellos métodos técnicos que al lado de su comprobada eficiencia puedan ser aplicados.

En el proceso administrativo es necesario diferenciar dos campos perfectamente definidos; el de organización administrativa o simplemente de organización, que

se refiere a la estructura interna de la institución y la distribución de funciones dentro de ella, y el de gestión administrativa o simplemente de administración, el cual se ocupa de las técnicas funcionales aplicadas a la conducción de los programas.

2.5 Etapas de la planificación de la salud: En el proceso de planificación de la salud es clásico distinguir las siguientes 5 etapas.

1. Preparación del plan.
2. Formulación del plan.
3. Estudio y discusión del plan, lo cual comprende discusiones a nivel técnico, intra e intersectoriales, y decisión al nivel político.
4. Ejecución del plan.
5. Evaluación periódica.

2.5.1 Preparación del plan:

La preparación del plan exige la adecuada aplicación de una serie de acciones que con miras a su sistematización pueden esquematizarse en cinco pasos:

1. Medición del estado de salud del área.
2. Contabilización de los recursos disponibles y determinación de sus rendimientos, costos y eficiencia.
3. Normalización de los instrumentos utilizados en el campo de salud, con miras a lograr su mayor eficiencia.
4. Estudio de la forma como los recursos se están asignando a los diversos problemas, y de las técnicas que están siendo utilizadas.
5. Determinación de los problemas que ameritan control prioritario.

2.5.1 La Participación de la Comunidad:

La participación de la comunidad en la ejecución de determinado plan sólo será efectiva en la medida en que él satisfaga las necesidades y aspiraciones de la población y de ahí que aunque la formulación del plan sea un procedimiento técnico, responsabilidad de las autoridades sanitarias de la localidad, deba buscarse la activa colaboración de la comunidad con miras a obtener su respaldo a los programas que se planea ejecutar. El alcance de esta colaboración dependerá

en gran parte de las condiciones propias de cada comunidad, pero e los países en desarrollo en los cuales las necesidades son incontables y los recursos muy limitados, tal participación se buscara más bien, con el fin de explicar a la población el valor de los objetivos escogidos por los técnicos de salud, pues si la decisión final se dejara en manos de ella, es probable que todos los programas se orientarían a satisfacer las necesidades del momento sin dar la debida importancia a las actividades de prevención y de fomento de la salud.

En los países más evolucionados en los cuales los presupuestos para la salud provienen en gran parte de la propia comunidad, dicha participación tiene que ser desde luego más activa y debe comprender los siguientes pasos:

1. Organización de un grupo de planificación representativo de la comunidad.
2. Recolección de hechos y opiniones.
3. Determinación de necesidades y deseos de acuerdo a lo expresado por los participantes en grupos de planificación, por los líderes de la comunidad y por el público en general.
4. Determinación de las necesidades y de los recursos necesarios para satisfacerlas.
5. Determinación de objetivos en mensurable y razonables términos.
6. Consideración de alternativas para cumplir los anteriores objetivos.
7. Selección y desarrollo de un plan de acción para realizar los objetivos escogidos.

De todas maneras, aunque la participación de la comunidad no adquiera la importancia acabada de describir, es conveniente hacer conocer y justificar hasta donde sea posible, los programas que habrán de ejecutarse, pues así se evitarán fricciones con la población y mediante racionales actividades de educación sanitaria, se garantizará la utilización al máximo de los servicios que se ofrecen.

2. 6 Problemas de Organización:

La organización dentro de la planificación tiene una relación directa con las bases de la conducta de los grupos que se encuentran a cargo del proceso de planificación, la cual deberá pasar por la selección apropiada del personal que asumirá esta tarea a objeto de perfilar equipos que faciliten el cumplimiento de un

propósito convenido; mediante la atribución de funciones y responsabilidades. Es la coordinación de los esfuerzos y aptitudes de los individuos y grupos dedicados a una labor común, con el propósito de lograr el objetivo deseado con un mínimo de fricción y un máximo de satisfacción, tanto para aquellos a quienes va destinada la labor como para los que participan en la empresa. (Stephen P. Robins, 2004)

No obstante se requiere que dentro de la estructura de una organización es necesariamente básica para el cumplimiento de las labores que le están encomendadas, pero para que estas se realicen a cabalidad se requiere también la implantación de procedimientos administrativos eficaces que faciliten el proceso de planificación, la ejecución de los programas y el normal funcionamiento de los sistemas de control.

Los problemas de manejo de personal, control presupuestario, y los menos brillantes relacionados con los sistemas de compras y suministros, solo podrán ser resueltos satisfactoriamente con el establecimiento de normas y procedimientos claros y precisos, respaldados por una sincera voluntad de hacerlo cumplir. En ausencia de tales normas, los procedimientos administrativos estarán sujetos a las modificaciones que dicten el capricho de los directivos de turno.

2.7 Normas para el Funcionamiento de los Servicios de Salud:

La formulación de normas se hace necesaria con el fin de garantizar que los diferentes servicios actúen sobre una misma base. Ellas deben definir el camino a seguir ante alternativas existentes y pueden llegar a convertirse en el único camino disponible para evaluar el rendimiento y eficiencia de un servicio o la realización de una meta.

1. La evaluación del rendimiento involucra la comparación entre las actividades realizadas en el servicio y las que debieron realizarse de acuerdo a las normas establecidas. No es desde luego una medición de la calidad de las acciones, pues valores por encima de la norma a menudo comprometen su calidad.

2. Cuando la norma se establece en relación a principios científicos perfectamente comprobados, el cumplimiento de la norma es a la vez que un índice de rendimiento, una medida de eficiencia del programa.
3. Finalmente, cuando las actividades realizadas son deficientes en relación a las normas, puede fijarse como meta el alcanzar un determinado rendimiento y en tales circunstancias las realizaciones alcanzadas comparadas con la norma preestablecida, miden la realización de dicha meta.

Las normas pueden dividirse en dos grandes grupos: generales y específicas y a propósito de ellas, en el documento "La Reforma Administrativa del Sector Salud" de la Unidad de Planificación Sectorial del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, se dice: "Las normas generales corresponden a principios' básicos que definen y concretan la política sanitaria nacional y que fijan a la vez las funciones de las diversas dependencias del sector, Las normas específicas por su parte, cubren un campo mucho más limitado y tienen por finalidad orientar las acciones cuando existen varias alternativas o fijar patrones sobre la composición, cobertura y rendimiento de los servicios".

2.7.1 Formulación de Normas:

La formulación de normas depende de muchos factores relacionados[1] con las características existentes en cada país o en cada región, por lo cual no es siempre fácil decidir sobre la norma más apropiada. Lo más importante sin embargo, es la decisión de adoptar determinadas normas, aún cuando tengan que ser modificadas posteriormente.

Puede llegarse a implantar una norma de cinco maneras diferentes:

1. Por experimentación científica.
2. Por consenso entre los especialistas.
3. Por experiencia práctica.
4. Por adopción de estándares extranjeros.
5. Por presiones de la colectividad.

Es evidente que solo la imposibilidad de recurrir a la experimentación científica en todos los casos, justifica la aplicación de cualquiera de los otros métodos.

La experimentación es el método utilizado especialmente en el caso de la utilización de vacunas y otros productos biológicos a fin de decidir sobre la cantidad a utilizar, el número de dosis que deben aplicarse, el intervalo aconsejable entre ellas y la edad más conveniente para su aplicación.

El consenso entre un grupo de especialistas ha sido utilizado para dictar normas sobre la concentración de actividades necesarias para la protección de algunos grupos susceptibles. La consideración de ciertos principios científicos por ejemplo, ha llevado a fijar el número promedio de consultas prenatales que es necesario, para vigilar efectivamente la salud de la madre y del niño.

La experiencia práctica se ha utilizado para fijar normas referentes al rendimiento de los diferentes recursos cuando no ha sido posible la utilización de los dos métodos anteriores. Así por ejemplo, puede fijarse una norma sobre el número de pacientes visto por hora de trabajo médico u otra área de la salud, escogiendo el promedio observado para tal actividad en los diferentes servicios locales del país.

La adopción de normas empleadas en otros países solo debiera hacerse bajo la cuidadosa consideración de sus bondades y desventajas. Las normas internacionales pueden ser una buena guía, pero cada país debe determinar las suyas propias, pues como hemos insistido, ellas deben responder a las circunstancias locales y cuando la desproporción entre las necesidades presentes y los recursos disponibles es muy acentuada, habrá que llegar a un compromiso entre la cantidad y la calidad de los servicios prestados, aún cuando la norma resultante no sea la más ortodoxa.

Las presiones de la colectividad, influyen principalmente modificando las normas definidas por los métodos anteriores. Ante la escasez de recursos, la demanda de servicios puede ser causa de que el rendimiento por hora de consulta médica por ejemplo, tenga que normalizarse hasta niveles casi rayando con la ineficiencia. En la mayoría de los países en desarrollo, proceder de otra manera, equivaldría a marginar de los servicios médicos a grandes contingentes humanos y de ahí la necesidad de ser realistas a la hora de implantar una norma, a fin de no comprometer el éxito de un programa por la sana intención de ser perfeccionistas.

2.8 Registro de Información y Estadística:

El primer paso en la formulación de una política de salud es el conocimiento lo más exacto posible de los problemas sanitarios presentes en la colectividad, se comprende que la existencia de adecuadas estadísticas es condición indispensable para la planificación científica de las actividades de salud.

Aunque para la iniciación del proceso de planificación no es absolutamente necesario esperar hasta que se disponga de estadísticas precisas, es indudable sin embargo, que la formulación de un plan, se facilitará en la medida en que la información disponible permita conocer la verdadera magnitud de los problemas y cuantificar con la mayor exactitud los recursos de que se dispone para hacerles frente.

Una buena información estadística es por lo demás necesaria para controlar la realización del programa y para poder evaluar sobre bases objetivas los progresos obtenidos.

Sin base estadística adecuada será difícil la planificación científica de las actividades de salud y de ahí que el proceso de planificación debe considerar el establecimiento de métodos positivos para obtener los datos necesarios para el proceso y para la eficiente elaboración, análisis y utilización de los mismos.

Debe reconocerse que en la mayoría de los países se dispone de alguna información, la cual sin embargo, no se analiza en la debida forma. Tal información si se analizara en forma adecuada y se utilizara eficientemente, permitiría conocer los problemas, de salud existentes, identificar los daños de control prioritario y fijar los objetivos que deberá perseguir el plan de salud.

Muchas veces los sociólogos se quejan de que hasta ahora los planificadores en salud solo han utilizado los datos referentes a mediciones de niveles de salud, a los recursos disponibles y a los rendimientos obtenidos y que no han considerado los factores socio-culturales como parte de la información de rutina que debieran recoger y analizar.

Otro aspecto a considerar es la forma empleada para medir la presencia de la enfermedad, ya que hay quienes sugieren que pudiera recurrirse mejor a la medición de los efectos de la enfermedad, en términos de la incapacidad por ella

producida (tiempo de hospitalización, ausentismo escolar o del trabajo, etc.), pero como es evidente, tal medición es todavía mucho más difícil que la simple determinación de la prevalencia de la enfermedad. Por otra parte ha sido imposible encontrar hasta el momento un índice práctico que permita la medición indirecta, es decir, a la medición de sus aspectos negativos, o sea, la presencia de la enfermedad y la muerte.

En Venezuela de acuerdo al documento "La Reforma Administrativa del Sector Salud" se analizan las principales fallas de que adolecen los sistemas estadísticos en el sector antes señalado en Venezuela. Tales fallas se agrupan en seis categorías:

1. Multiplicidad de informes.
2. Recolección de datos innecesarios o no esenciales.
3. Falta de fidelidad de la información.
4. Falta de oportunidad de la información.
5. Inadecuado procesamiento de los datos recogidos.
6. Deficiente publicación y divulgación de la información.

Para el empleo de la información estadística se hace indispensable manejar o conocer el significado y características de los elementos de medición básicos, como lo son las variables, tasas, indicadores e índices. México, Perú, Chile. (Abouzahr, C. & Boerma T. (s.f). fuente electrónica).

2.9 Medidas Epidemiológicas:

Variables: Es algo que puede cambiar sea cuantitativa o cualitativamente, se refiere a atributos, propiedades o características, por ejemplo: la edad, talla, el peso.

Tasas: Es la frecuencia de un determinado evento en el tiempo, miden además el riesgo de que ocurra un evento dado en una población y permite hacer comparaciones.

Indicador: "Corresponde a las propiedades manifiestas de las variables; es decir que son los elementos medibles tanto directa como indirectamente dependiendo de las características o el tipo de variables". (Mondragón Pérez, Angélica, 2002)

Indice: "Un índice es la expresión sintética cuantitativa que representa el estado de una o varias variables complejas o de la interacción de varias simples. Emerge como resultado del desarrollo matemático de un criterio lógico." Refiere (Friedman. Gary D, 1975)

Índice, es el indicador total de la variable, es la combinación de los valores obtenidos.

En función del tema a desarrollar en esta investigación, se hará énfasis en los más empleados en odontología.

2.9.1 Condiciones de un indicador ideal en salud:

Un indicador de salud para que sea de utilidad debe reunir ciertas condiciones en relación a la manera de calcularlo y a su valor intrínseco como instrumento de medida. Idealmente un indicador debería poseer las siguientes características:

1. Factibilidad, es decir, que sea posible de conseguir la información necesaria para su cálculo.
2. Simplicidad, o fácil de calcular e interpretar.
3. Bajo costo, en el sentido de que no haya necesidad de destinar presupuestos especiales para la consecución de los datos utilizados en su elaboración.
4. Poder discriminatorio, o sea que debe permitir reconocer las diferencias existentes entre diversos niveles de salud.
5. Objetividad, o propiedad de dar los mismos resultados independientemente de las personas que lo utilizan.
6. Confiabilidad o validez, es decir, que debe reflejar lo que intenta medir y no otro fenómeno distinto.

En realidad no existe todavía ningún indicador que reúna en grado sumo las características acabadas de enumerar, pues en general, mientras más se acerca al cumplimiento de las tres últimas características mencionadas, más se aleja de satisfacer las primeras. Desde el punto de vista práctico, en el trabajo corriente, mientras más sencillo es un indicador mucho mayor es su utilidad.

2.9.2 Principales indicadores de salud.

Existen numerosos criterios para clasificar los indicadores de salud. Por su sencillez y aplicabilidad la clasificación aparecida en uno de los informes técnicos de la OMS (93) nos parece la más conveniente. La referida clasificación divide los indicadores en tres grandes grupos:

2.9.2.1 Indicadores del nivel de salud alcanzado.

2.9.2.1.1 Indicadores generales.

- Tasa cruda de mortalidad.
- Tasa de mortalidad proporcional de 50 y mas años.
- Expectativa de vida.

2.9.2.1.2 Indicadores específicos.

- Tasa de Mortalidad infantil.
- Tasas de mortalidad especificas por causas.
- Tasas de morbilidad especificas por causas.

2.9 2.2 Indicadores sobre las condiciones ambientales.

- Porcentaje de población con agua potable.
- Porcentaje de población con sistema adecuado de disposición de excretas.

2.9.2.3 Indicadores de recursos y actividades de salud (operacionales).

- Número de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.), por 1.000 o por 10.000 habitantes.
- Número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes.
- Número de atenciones prestadas (consultas, visitas, altas, rendimiento, etc.) en relación a la población susceptible y al servicio de salud ofrecido.

2.9.3 Medidas Epidemiológicas más empleadas en el área odontológica:

Indicadores usados en odontología como criterios de evaluación, para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios odontológicos:

Cobertura: Expresión porcentual que mide la población por atender y la que realmente fue atendida. Mide el alcance del programa en un tiempo determinado.

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Primeras Consultas}}{\text{Población Total}} \times 100$$

Rendimiento: Es un promedio que expresa el tiempo que se invierte para realizar una actividad, se mide como eficiencia en la unidad de tiempo de 1 hora. A mayor rendimiento mayor eficiencia.

$$\text{Rendimiento} = \frac{\text{Numero de actividades realizadas}}{\text{Tiempo empleado}}$$

Concentración: Se define como el número de actividades que se repiten en una misma persona, se expresa en promedio. Para determinar la concentración se establece el tipo de población a trabajar. Su importancia radica en estar relacionada con los índices epidemiológicos.

$$\text{Concentración} = \frac{\text{Numero de actividades realizadas}}{\text{Primeras consultas}}$$

Grado de uso: Es una expresión porcentual que permite medir el rendimiento global del servicio y detectar perdida de tiempo y utilización racional del mismo. Expresa el porcentaje de horas utilizadas en relación al total de horas disponibles.

$$\text{Grado de uso} = \frac{\text{Horas utilizadas}}{\text{Horas disponibles}}$$

Horas Utilizadas: Es el tiempo empleado en realizar una actividad.

Horas Disponibles: Es el tiempo total del cual se dispone, con el que se cuenta. Se obtienen al multiplicar el número de recursos humanos, días hábiles y horas diarias de trabajo.

Horas Disponibles = Recursos Humanos x Días hábiles x Horas diarias

Tiempo Operacional: Tiempo cuantificable que utiliza el operador para realizar y una actividad.

Índice de Atrición o Pérdida: Todo programa debe tener corno objetivo final el terminar todos los tratamientos que se inician; el índice de atrición o pérdida representa el fracaso o éxito en alcanzar ese objetivo. Cuanto menor sea el índice, mejor será el programa.

La observación y análisis de éste índices, conjuntamente con los valores de concentración logrados en el programa, son elementos que complementan el estudio de la cobertura. Ambos datos proporcionan una idea más completa del impacto logrado por el programa. (Trabajo Final. Seminario de Extensión Universitaria, Facultad de Odontología. U.C.V., 2005)

$$\text{Índice de Atrición} = \frac{\text{Primeras Consultas - Altas}}{\text{Primeras Consultas}} \times 100$$

Índice C.P.O.D.

"Resulta de la sumatoria de dientes permanentes cariados perdidos y obturados. El diagnóstico de surco profundo no se considera en este índice." Afirma (Dra. Bordoni, Noemi., Dra. Doño, Raquel., Dra. Miraschi, Clara, 1992).

Índice c.e.o (unidad diente).

"El índice c.e.o es la sumatoria de dientes primarios cariados, con indicación de extracción y obturados". De acuerdo con (Dra. Bordoni, Noemi., Dra. Doño, Raquel., Dra. Miraschi, Clara, 1992).

Índice de Conservación de Dientes Permanentes: Este índice permite reflejar la capacidad del programa de conservar funcionalmente los dientes permanentes por el mayor tiempo de vida posible, evitando así la *exodoncia* de los mismos.

$$\text{I.C.D.P} = \frac{\text{Nº de permanentes obturados}}{\text{Nº de permanentes obturados + Permanentes Extraídos}} \times 100$$

Tasas de Morbilidad Dental:

Prevalencia de caries: Corresponde al total de dientes afectados por caries, entre el número de dientes examinados: (FUNDACREDESA. Proyecto Venezuela, 1998: 877)

$$\frac{\text{Dientes cariados}}{\text{Dientes examinados}} = \text{Prevalencia}$$

Incidencia de dientes enfermos por caries y con extracción indicada: Es la sumatoria de los dientes afectados por caries, más la suma de los dientes con extracción indicada, entre el número de dientes examinados. La incidencia nos informa sobre las necesidades que deben ser cubiertas.

$$\frac{\text{Dientes cariados + Dientes con Extracción Indicada}}{\text{Total de dientes examinados}} = \text{Incidencia}$$

Tasa de Mortalidad: Indica el volumen de dientes que han sido extraídos en la población y se obtiene al dividir el total de dientes extraídos entre los examinados.

$$\frac{\text{Dientes extraídos}}{\text{Dientes examinados}} = \text{Tasa de Mortalidad Dental.}$$

2. 10 Criterios de Evaluación

Son parámetros de juicios subjetivos que establecen las condiciones en las cuales será llevado acabo el programa. Entre estas tenemos:

- Efectividad, Esta dada por la relación entre los objetivos alcanzados y los propuestos.

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{Objetivos Alcanzados}}{\text{Objetivos Propuestos}} = \frac{OA}{CP}$$

- Eficiencia: Se mide y define en función del grado de utilización real y efectiva de los recursos, en relación con la utilización programada.

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Utilización Efectiva del Recurso}}{\text{Utilización del Programa}} = \frac{UR}{UP}$$

- Eficacia: Comprende el número de actividades programadas en relación con el número de actividades efectivamente realizadas.

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Actividades Programadas}}{\text{Actividades Realizadas}} = \frac{AP}{AR}$$

La cobertura y la concentración están estrechamente relacionadas con el criterio de eficacia, debido a que en ambos se involucran el número de' actividades realizadas. El rendimiento y el grado de uso van en función del aprovechamiento de los recursos disponibles, es decir, en función de la eficiencia. (Trabajo Final. Seminario de Extensión Universitaria, Facultad de Odontología. U.C.V., 2005)

2.11 Historia Natural de la Enfermedad:

El concepto y la teoría de Historia Natural de la Enfermedad fue desarrollada 1953 por los doctores eméritos Hugh Rodman Leavell, profesor emérito de prácticas de salud pública en Harvard y E. Gurney Clark profesor de

epidemiología de la Escuela de Salud Pública y Medicina Administrativa de la Facultad de Medicina de Columbia.

Principios:

1. Cualquier enfermedad o condición mórbida en el ser humano es el resultado de un proceso dinámico.
2. Este proceso involucra una seria de causas que afectan la interacción entre agentes y huéspedes individuales, y cuyos efectos se caracterizan de manera masiva en la población.
3. Se requiere de una actitud preventiva para interrumpir este proceso lo más temprano posible.

2.11.1 Niveles de Prevención:

- Prevención Primaria: Promoción y Protección de la Salud, consiste en Limitar la Incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo. Por ejemplo en el área odontológica se refiere a la educación en salud oral que produzcan cambios de conducta que generen estilos de vida saludables, como higiene oral, alimentación balanceada, autoexamen oral, fluoración de las aguas o de la sal de consumo humano, aplicaciones tópicas de flúor, colocación de sellantes de fosas y fisuras en dientes sanos con elevados factores de riesgo.
- Prevención Secundaria: Detección del daño y curación de la enfermedad, Curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. En el ámbito odontológico se trata de la detección oportuna de caries de la primera infancia en etapas incipientes (solo a nivel del esmalte dental), su eliminación y obturación con tratamiento definitivos al igual que la enfermedad periodontal a través de eliminación de agentes irritantes como el cálculo dental y la intercepción de maloclusiones con la modificación de hábitos nocivos (succión del dedo, uso del chupón, biberón después de los dos años, etc.)

Prevención Terciaria: Rehabilitación, Reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina rehabilitadora. A este nivel se realizan tratamientos para la eliminación de la caries avanzada y con compromiso pulpar, exodoncias en dentición primaria, así como la intercepción de hábitos nocivos con aparatología removible, lesiones más graves causadas por cáncer oral o también producto de malformaciones congénitas u accidentes. (Chávez, Mario, 1972) y (Juana de la Luz Pérez Govea, Teresa Magdalena Paz Quevedo, Liliana Ramírez Rosales, Marian, Ramírez Ordaz, 2009)

2.11.2 Salud Oral y su Importancia:

La salud oral se considera como elemento importante para el bienestar físico y social de las personas, una buena salud bucal permite tener dientes y encías saludables que forman parte elemental del proceso de alimentación y comunicación de las personas (comer, hablar y tener una autovaloración adecuada) y buena presencia favoreciendo a los individuos no solo desde el punto de vista físico sino social. Tener una buena salud oral permite eliminar fuentes de infección que pueden diseminarse hacia otras partes del cuerpo, que inclusive a nivel escolar es una causa frecuente de ausentismo debido a la presencia de abscesos dentales que van acompañados de procesos sumamente dolorosos. Lamentablemente muchas veces el personal médico que se encarga del diseño de las políticas de salud y programas sociales suelen olvidar que la boca es una zona del cuerpo donde se padece de sufrimiento y por donde entran agentes infecciosos al cuerpo. Caso contrario ha sido evidenciado cuando se ha manifestado interés de la comunidad por contar con servicios odontológicos.

Las cifras que maneja la OMS con respecto a las afecciones bucodentales exponen lo siguiente:

- Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías.
- El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental.

- Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la Prevalencia varía según la región geográfica.
- La incidencia de cáncer bucodental es de entre 1 y 10 casos por 100 000 habitantes en la mayoría de los países.
- Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en uno de cada 500-700 nacimientos; la Prevalencia de nacimientos con esta problemática varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.
- Un 40%-50% de las personas VIH-positivas sufren infecciones fúngicas, bacterianas o víricas, que suelen aparecer al principio de la infección.
- La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

La salud oral a través de los años ha escalado un lugar importante en la visión integral de la salud a tal punto que hoy por hoy es analizada por los organismos internacionales OMS y OPS como un tema a tratar, que esta vinculado además con las enfermedades crónicas ya que abordan los factores de riesgo comunes, como el consumo de tabaco y las dietas malsanas, que son posibles reducir con:

- La reducción de la ingesta de azúcares y una alimentación bien equilibrada previenen la caries dental y la pérdida prematura de dientes.
- Dejar de fumar y reducir el consumo de alcohol disminuyen el riesgo de cánceres de la cavidad bucal, periodontopatías y pérdida de dientes.
- El consumo de frutas y verduras protege contra el cáncer de la cavidad bucal.
- El uso de equipos eficaces de protección en la práctica de deportes y el uso de vehículos automóviles con bolsas de aire, reduce las lesiones faciales.

Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una alta concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Ello puede conseguirse mediante la fluoración del agua de bebida, la sal, la leche, la pasta dentífrica, o bien mediante

la aplicación de fluoruros por profesionales. La exposición a largo plazo a niveles óptimos de fluoruros reduce el número de caries tanto en los niños como en los adultos. (O.M.S. (s.f.). Fuente electrónica)

2.12 Mantenimiento y Conservación de los Servicios de Salud:

El Mantenimiento esta orientado a prolongar la vida útil de los equipos en condiciones económicas favorables, según refiere (Malagón – Londoño, 2000:223)

Este termino no solo se limita a los equipos, sino a todos los elementos que conforman un servicio, es decir, el aseo, inspecciones, pruebas, clasificación, reparación, reconstrucción, recuperación y modificación.

Cualquiera que sea el mantenimiento empleado la tendencia es a:

- Disminuir los tiempos de paralización de los equipos.
- Mejorar la calidad del servicio a aprestar.
- Disminuir los costos de mantenimiento.

2.12.1 Mantenimiento se divide en dos grupos:

2.13.1.1 El Mantenimiento Preventivo: Es aquel que obedece a una planificación y programación de técnicas correctamente analizadas y sugeridas por el fabricante, que van desde el aseo y buen manejo hasta inspecciones sistemáticas que permitan el control de indicadores que permitan la detección de fallas iniciales antes de que ocurran daños en la operación. Este tipo de Mantenimiento incluye el Mantenimiento Programado, que se basa en el cambio de piezas a determinada facha, según horas de uso y transcurrido determinado tiempo de trabajo. Este tipo de mantenimiento disminuye gastos por fallas mayores y también permite organizar los diferentes trabajos al prever con anticipación que día y cuantas horas estará un equipo fuera de servicio en proceso de mantenimiento.

Cuadro N° 3

Tipos de Mantenimiento

Tipo de Mantenimiento	Costos	Ventajas	Desventajas
Preventivo	Bajo	Óptima disponibilidad de los equipos para destinarlos a la producción	Obliga a inversiones de stock en repuestos y equipos auxiliares.
Programado	Alto	Se logra la especialización del personal debido al aspecto rutinario.	Se pasan por alto fallas accidentales
Correctivo	Alto	Se recupera la función del equipo	Si se hace de forma aislada puede ocasionar la suspensión del equipo durante la reparación del mismo afectando el funcionamiento del servicio de salud.

Fuente: Malagón –Londoño. Galán Morena. Pontón Laverde (2000)

2.12.2. Periodicidad del Mantenimiento:

- Diario: Es el efectuado por el usuario o por el operador del equipo o máquina.
- Semanales, mensuales y trimestrales: Para ello se recomienda no programar que se le haga el mantenimiento a todos los equipos el mismo día.

CAPITULO III

MARCO ORGANIZACIONAL

3.1 Historia del Ministerio del Poder Popular para la Educación:

En la Republica de Venezuela en medio de la guerra de Independencia, el Libertador Simón Bolívar destaca a la educación como base en el Poder Moral y lo recomienda al Congreso en 1819.

En 1842 y 43, el Dr. José M. Vargas y el general Carlos Soublette, Presidente de la República, dicta el Código de Instrucción Pública, que es el primero y que bien puede llamarse en homenaje a sus desvelos, el Código de Vargas. Dicho consto de 15 leyes orgánicas y disposiciones, orientado a dar relieve en sus varias ramas a la educación, pues habla de primaria, secundaria, universidades, escuelas especiales, y exhorta a las Sociedades Económicas, que cumplían servicio útil a la comunidad, para que promuevan el mejoramiento de la agricultura, del comercio y las artes.

En el año de 1839, el Presidente Páez dicta el Decreto Orgánico de los Colegios Nacionales.

El Gobierno no asumía directamente la responsabilidad de sufragar la educación. Confiaba en el sector privado y en las Diputaciones Provinciales, en los Concejos Municipales y en alguna otra entidad de carácter oficial, todos con presupuestos de rentas en quiebra.

En 1842 había en el país 163 escuelas y más o menos dos mil alumnos. En los Colegios Nacionales la educación languidecía porque el Gobierno no les proveía de fondos adecuados. Apenas 248 alumnos habían en los Colegios Nacionales de Trujillo, Barquisimeto, El Tocuyo, Calabozo, Coro, Guanare, Maracaibo y Margarita.

La intención estuvo clara, la educación era primordial para el país naciente, pero no fue sino para el año de 1870 al triunfar la Revolución de Abril, se abre una perspectiva para la educación del país. El 27 de junio de ese año Guzmán Blanco, estimulado por su Ministro Martín Sanabria; decreta la instrucción pública, gratuita y obligatoria, anticipándose a los avanzados países europeos.

En 1875 se decretaron 336 escuelas federales, de las escuelas funcionaban con 188 con 10600 alumnos y 383 escuelas municipales y particulares cuya matricula alcanzaba los 12059. En ese mismo año comienza la creación de colegios de secundaria.

Es el 24 de mayo de 1881, cuando se crea el Ministerio de Instrucción Pública, hoy Ministerio del Poder Popular para la Educación, todavía bajo el gobierno del Presidente Guzmán Blanco designando como primer Ministro al Dr. Anibal Dominici. Comenzó a funcionar el 4 de junio encargándose de las escuelas de instrucción primaria, superior (universidades, institutos científicos, colegios nacionales y particulares), así como también de todo lo concerniente al celo y vigilancia de las demás ramas destinadas a la Instrucción Superior.

Su creación genero un cambio total, la visión era que cada región tuviese una escuela con su maestro a nivel nacional cuya asistencia era gratuita y obligatoria.

En 1936 es cambiado su nombre por el Ministerio de Educación Nacional, cuya filosofía era la formación general del ciudadano, convirtiendo los colegios federales en liceos, la escuela Experimental, la Federación Venezolana de Maestro, la primera Ley de Educación durante la gestión del Dr. Arturo Uslar Pietri, se edifica la Universidad Central de Venezuela y se editan numerosas revistas como Tricolor y Educación.

A partir del 30 de septiembre de 1950 cambia su nombre por Ministerio de Educación y se crean una serie de organismos y nuevas estructuras organizativas del despacho, tales como: IPASME, FEDE Y FUNDAYACUCHO, CONVENIO ANDRÉS BELLO. Así como la Ley Orgánica de Educación y su Reglamento. Además se incremento la formación docente, la estabilidad laboral de los mismos y la reactivación las escuelas técnicas." (MPPE, 2007)

No obstante para como parte del proceso de transformación planteado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, trajo implícito para la nueva República la concepción de una educación diferente en las Escuelas Venezolanas, orientada a promover la transformación social y cultural, donde el ciudadano sea actor y protagonista activo de las profundas transformaciones

sociales e históricas de su realidad social, permitiendo de esta manera un cambio individual y colectivo en la relación dialéctica individuo-familia-comunidad-sociedad.

Es a partir de este proceso de transformación fundamentado en la educación Robinsoniana que planteo incansablemente el maestro Simón Rodríguez que se generan una serie de cambios estructurales, organizativos y filosóficos dentro del Ministerio del Poder Popular de la Educación, los cuales se mantienen vigentes actualmente.

3.2 Principios Filosóficos:

3.2.1 Misión del MPPE:

"Promover en la sociedad venezolana en concordancia con los lineamientos de la Nación y el Estado, un mayor nivel de desarrollo sociocultural mediante la formación integral de todos los ciudadanos, capaces de enfrentar la vida, de construir su propio destino, responsables con su núcleo familiar, solidarios socialmente con la comunidad, comprometidos con la patria y con la salvaguarda de los valores culturales de la nación venezolana". (MPPE, 2010)

3.2.2 Visión del MPPE:

"Disponer de hombres y mujeres con una formación acorde a las necesidades de la Sociedad, con pertinencia social, emprendedores, solidarios, activos, éticos y comprometidos con el Desarrollo Socio-político y económico del País". (MPPE, 2010)

Frente a las condiciones actuales de la sociedad venezolana y de las exigencias de un desarrollo acelerado, se ha considerado fundamental impulsar una verdadera Revolución Social que de manera pertinente atienda las necesidades que la población demanda en las áreas de la educación y el deporte, haciendo el viraje preciso que la Misión del Ministerio pretende, y con ello, alcanzar los objetivos y metas que requiere el progreso, a través de la transformación y adecuación de los sistemas educativo y deportivo al desarrollo sustentado de la nación.

El planteamiento de esta Misión responde a un plan concertado del Gobierno Nacional, a ejecutarse a través del Ministerio del Poder Popular para la Educación, fundamentado en los siguientes criterios:

El cambio socio-político ocurrido en el país a partir de 1999, ha producido nuevos estímulos en la demanda educativa, cultural y deportiva que el sistema no puede satisfacer por los métodos convencionales conocidos. Esto implica una acción urgente para transformar la realidad social e intensificar los procesos de cambios cualitativos y cuantitativos de la educación, la cultura y el deporte.

Las reformas parciales, superficiales introducidas en el sistema educativo y las acciones culturales y deportivas, no han permitido la transformación integral que demanda el desarrollo del país. Esto conlleva la necesidad inmediata de hacer cambios globales y profundos, no sólo en los niveles del sistema formal, sino en todos lo sectores de la actividad social, científica, tecnológica y deportiva.

Los mecanismos y procesos educativos, culturales y deportivos se han orientado hacia la reproducción y perpetuación de las estructuras sociales preexistentes a la Revolución Bolivariana. Esto determina la necesidad de reorganizar profundamente la estructura general del sistema educativo y deportivo para convertirlos en instrumentos de transformación de los valores individuales y sociales, como forjador del conocimiento y promotor de las aptitudes que permitan al venezolano el dominio de su entorno y, así, tomar las decisiones que afecten el futuro de nuestra sociedad.

La injusticia social determinada por la actual situación de una aparente democratización educativa estimulada por una acelerada masificación, debe ceder el paso a otra que represente una verdadera democratización efectiva, donde exista una real igualdad de oportunidad de estudio para las personas capaces, provenientes de los más diversos estratos sociales.

La educación que recibe la mayoría de baja calidad, debido a la falta de formación y actualización de los docentes, el poco tiempo dedicado a la enseñanza en los distintos niveles educativos, deterioro de la infraestructura escolar, falta de

dedicación y estímulo del docente hacia los alumnos, carencia de materiales adecuados para el desarrollo de destrezas y aprendizajes de los alumnos, la desvinculación con la realidad y la falta de estímulo a la creatividad, características éstas que fueron predominantes del sector, justifican la necesidad de sustituirla por otro tipo de educación de alta calidad y pertinencia social, centrada en el sujeto de la educación y en las necesidades y peculiaridades de la sociedad y del hombre venezolano.

Por otra parte, el Ministerio del Poder Popular para la Educación, constituye el órgano de la Administración Pública Nacional responsable de la regulación, formulación y seguimiento de las políticas, la planificación y realización de las actividades del Ejecutivo Nacional en materia de educación, que comprende la orientación, programación, desarrollo, promoción, coordinación, supervisión, control y evaluación del sistema educativo en todos sus niveles y modalidades; colaborar y participar en las actividades de generación y desarrollo científico; estimular el desarrollo de la actividad deportiva; establecer planes de consolidación y mecanismos de coordinación con dicha actividad a nivel nacional, estadal y municipal; propiciar la participación de las organizaciones deportivas; estimular el desarrollo del deporte escolar; así como las demás competencias que le atribuyan las leyes.

Es por ello que uno de los grandes retos del Ministerio es su modernización para que los objetivos de la educación y el deporte no queden como simples promesas de cambio social, sin que cristalicen en realidades para una población que necesita prepararse para la Venezuela del mañana, de lo cual deviene la necesidad de hacer más adecuados y funcionales la estructura, procesos y recursos de los sistemas educativo y deportivo a las nuevas exigencias que se plantean.

3.2.3 Misión de la Zona Educativa del Distrito Capital:

Garantizar que en los Planteles Educativos del Distrito Capital se imparta una educación integral y de calidad a la población de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos de todos los niveles y modalidades del sistema educativo, atendiendo a los principios de equidad y justicia social, para formar ciudadanos y

ciudadanas aptos y aptas que se integren de manera activa al desarrollo productivo, económico, social y político del país.

3.2.4 Visión de la Zona Educativa del Distrito Capital:

Prestar el mejor servicio a la comunidad, siempre en búsqueda de la excelencia en los procesos pedagógicos y administrativos que se ejecutan en los Planteles Educativos del Distrito Capital.

3.2.5 Valores:

Igualdad, equidad, universalidad, solidaridad y la espiritualidad dentro del contexto social de la familia y la comunidad, que se promueven desde la educación integral.

3.3 Estructura Organizacional:

3.3.1 El Ministerio del Poder Popular para la Educación: Se encuentra estructurado por cuatro Vice – Ministerios, siete oficinas administrativas, diez y seis Direcciones, un Despacho y una Consultoría Jurídica, Auditoria Interna, estructurada de la siguiente manera.

- Gabinete Ministerial.
- Dirección del Despacho.
- Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de políticas Públicas.
- Oficina de Coordinación de las Zonas Educativas.
- Oficina de Administración de Servicios
- Oficina de Comunicaciones y Relaciones Institucionales.
- Oficina de relaciones Internacionales.
- Oficina de planificación y Presupuesto.
- Oficina de Recursos Humanos.
- Consultoria Jurídica.
- Auditoria Interna.

garantizar su participación activa en todo lo que le concierne. Dentro de sus funciones están:

- Dirigir la instrumentación de la política socio educativa en materia de protección y desarrollo estudiantil.

- Formulación y gestión de planes, programas y proyectos en materia de promoción, prevención y asistencia al estudiante.

-Establecer lineamientos y criterios para el desarrollo e instrumentación de los programas de prevención, promoción y asistencia al estudiante.

-Evaluar propuestas regionales en materia de protección y desarrollo estudiantil.

-Establecer relaciones con organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales vinculados a las áreas de protección y desarrollo estudiantil.

-Evaluar la gestión de los programas y servicios dirigidos a la atención del estudiante.

3.3.3 De las Zonas Educativas: Son los entes ejecutores del MPPE distribuidas a nivel nacional en 25 Estados, de la cual se deriva la siguiente organización:

- Despacho del Director
- División de Personal
- División de Asesoría Jurídica
- División de Informática y Sistemas
- División de Planificación y Presupuesto
- División de Administración y Servicios
- División de Control de Estudios
- División Académica

- División de coordinación con entes públicos y privados del sector Deportivo
- División de coordinación con entes públicos y privados del sector Cultural
- División de Protección y Desarrollo Estudiantil
- División y Coordinación de los Distritos Escolares

3.3.2.1.1 División de Protección y Desarrollo Estudiantil Zonas Educativas:

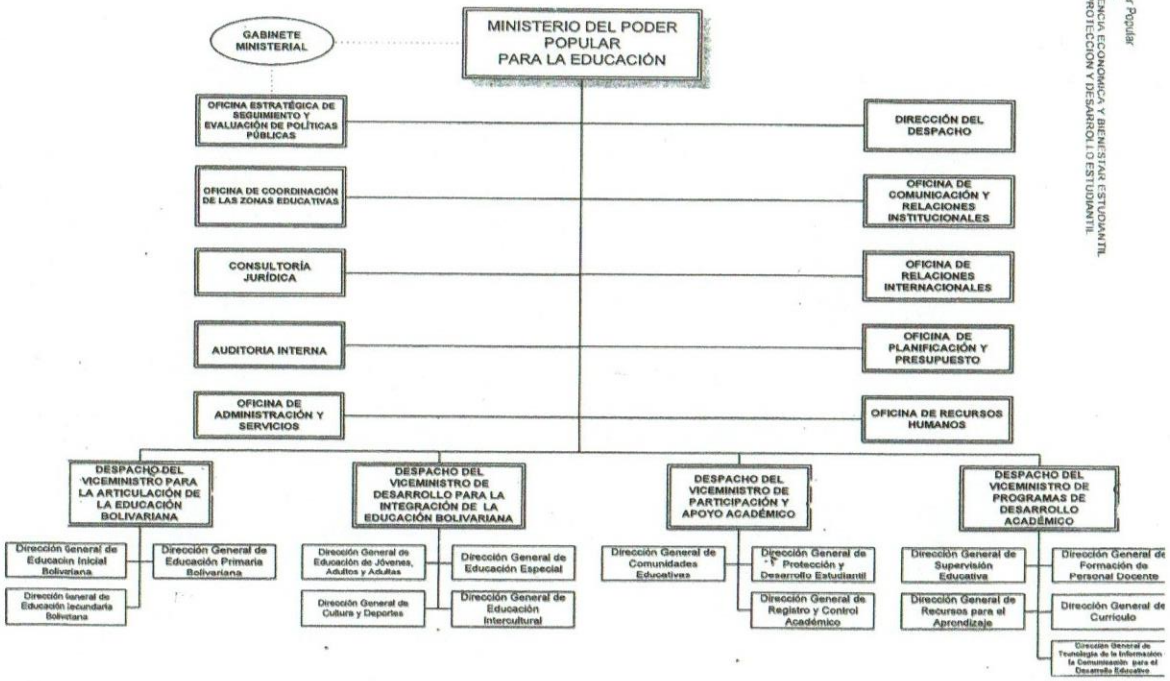
Tiene como función:

- Ejecutar la instrumentación de la política socio-educativa en materia de protección y desarrollo estudiantil en la jurisdicción de la Zona Educativa.
- Elaborar e implementar propuestas regionales en materia de protección y desarrollo estudiantil.
- Coordinar y desarrollar planes y proyectos de prevención, promoción, protección y desarrollo estudiantil, articulándolos a las redes sociales y de salud de la región.
- Formular, ejecutar y hacer seguimiento al Plan Anual atendiendo los lineamientos técnicos y metodológicos recibidos y considerando las necesidades de las unidades operativas.
- Ejecutar el presupuesto anual asignado para el desarrollo de acciones, planes proyectos y funcionamiento de los servicios y programas de Protección y Desarrollo Estudiantil, previamente detectadas en la región.
- Impartir oportunamente los lineamientos técnicos y administrativos recibidos del nivel central a las unidades básicas operativas.
- Cumplir y hacer cumplir las normas laborales e institucionales.
- Rendir cuenta a la Dirección general de Asistencia Económica y Bienestar Estudiantil.

3.3.4 Organigrama:

3.3.4.1 del MPPE:

Figura N° 4



Fuente. MPPE. Manual de Organización Interna 2008-2009.

3.3.3.2 de las Zonas Educativas:

Figura N° 5

Fuente. MPPE. Manual de Organización Interna 2008-2009.

CAPITULO IV

MARCO METODOLÓGICO

En este Capitulo se definieron una serie aspectos importantes en lo que se refiere a la metodología a emplear y los pasos fundamentales que orientaron la investigación partiendo de la coherencia entre el problema seleccionado con los resultados obtenidos reuniendo condiciones de fiabilidad, objetividad y validez interna.

4.1 Tipo Investigación:

De acuerdo con el problema planteado referido a las ***"Fallas en el funcionamiento de los servicios odontológicos del MPPE en el Municipio Libertador. Distrito Capital, que deben brindar atención preventiva y curativa en el área, a la matrícula estudiantil"*** Y en función de sus objetivos podemos ubicarla de acuerdo a su finalidad dentro del como una investigación aplicada, de tipo Investigación y Desarrollo (Yaber, G y Valarino, E. 2003) o Proyecto Factible según UPEL. 2005; ya que se orienta a la implementación de herramientas y conocimientos gerenciales en el área de la salud que buscan maximizar la capacidad de respuesta que posee el Ministerio del Poder Popular para la Educación, a través de sus Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos en los planteles) y de esta manera proporcionar una respuesta efectiva al problema de salud bucal detectado en la población escolar perteneciente al Sistema Educativo Bolivariano.

En tal sentido podemos señalar que la investigación se desarrollo en tres fases fundamentales, la primera se destino el diagnostico de la situación actual de los Servicios Odontológicos que son el objeto de estudio la segunda fase, el proceso organización y análisis de los resultados obtenidos y la tercera que esta dirigida a la formulación de la propuesta, donde se intente ofrecer respuesta al problema planteado en la investigación.

Es importante destacar que la investigación, se apoyo en informaciones provenientes del trabajo de información oficial suministrada por la Institución y

por el diseño de instrumentos elaborados la Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil del MPPE para la recolección de datos. Se considera entonces esta investigación de campo; debido a que la misma se desprende de un proyecto de Investigación y Desarrollo que tiene como principio filosófico detectar la situación actual o problemática existente (diagnóstico) con la participación de todos los sujetos que la conforman y la formulación e implementación de acciones y estrategias (modelo viable) para el diseño de un Proyecto Factible, dirigido a modificar positivamente la problemática detectada en organizaciones o grupos sociales.

4.2 Diseño de Investigación:

La investigación planteada oriento su objetivo general en "Diseño de un Plan de cambio para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos), que posee el (MPPE) en el Municipio Libertador. Distrito Capital; para ofrecer dentro del primer nivel de atención de salud, tratamientos preventivos y curativos en el área odontológica con universalidad y equidad a la matricula estudiantil evaluada, por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas.

Tomando en consideración el objetivo primario, la investigación se perfilo según señala (Balestrini, 2001), hacia un diseño de campo no experimental, que permite conocer la realidad objeto de estudio en su espacio físico y luego realizar el análisis e interpretación de la información obtenida, para realizar posteriormente un Proyecto Factible.

En este diagnóstico se considero una serie de criterios básicos para calificar como adecuado o no, el funcionamiento de los Servicios Odontológicos antes referidos, los cuales serán contemplados a la hora de realizar el diseño de los instrumentos y la selección de sujetos para la obtención de datos primarios; que permitirán profundizar las situaciones detectadas, ofreciendo una visión más detallada de la realidad estudiada.

4.3 Herramientas para la Recolección de datos:

Esta investigación se caracteriza por estar dentro del esquema de un diseño de campo en donde se emplearan instrumentos destinados a la observación de la realidad, para lo cual se requiere la observación sistemática y estructurada en lo referente al funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos) ubicados en el Distrito Capital, que pertenecen al MPPE como lo son: el estado de la infraestructura del servicio, la seguridad y acceso, la dotación de equipos, el instrumental, los materiales e insumos, su ubicación geográfica y el personal (odontólogos y personal auxiliar) que labora en el o forma parte de la nomina de ese Distrito Escolar, su carga horaria y el horario de asistencia.

En función de la metodología empleada se definieron tres fases de la investigación a partir de las cuales se determinaran las técnicas de recolección de datos a emplear en cada una de ellas. En la primera etapa, fase uno, se desarrollaron los aspectos técnicos de la investigación, por lo que la metodología seleccionada, es la de protocolos instrumentales de la investigación documental (observación documental, resumen analítico y análisis crítico). En la fase dos, se realizo el Diagnóstico Operacional de los Servicios Odontológicos, para lo cual se empleara la técnica de observación directa, participante y sistemática de la realidad con el objeto de estudio, ya que todos los encargados en la recolección de la información, forman parte de la institución (MPPE) a la cual pertenecen las unidades de estudio.

Los instrumentos que se aplicaron para esta fase, fueron validados previamente por el equipo de odontólogos pertenecientes al grupo de Coordinadores del Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas por Distrito Escolar del Distrito Capital y la Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil.

4.3.1 Instrumentos:

4.3.1.1 Instrumento N° 1, para la recolección de información relacionada con la infraestructura, seguridad, ubicación geográfica y dotación de equipos, instrumental, materiales, insumos con los que cuentan los servicios que se seleccionaron como muestra. (Anexo N° 1).

4.3.1.2 Instrumento N° 2, para el levantamiento diagnóstico relacionada con el personal odontológico (higienistas dentales y odontólogos) que laboran para el MPPE a objeto de conocer su ubicación geográfica, carga horaria por semana, tanto individual como por distrito escolar, así como también se reservo un área destinada a colocar las observaciones que fuesen necesarias. (Anexo N° 2)

4.3.1.3 Instrumento N° 3, para la elaboración de inventario de los servicios seleccionados en la muestra. (Anexo N° 3)

En la fase dos, se destinara al diseño de la propuesta de reestructuración operativa de los Servicios Odontológicos del Distrito Capital que pertenecen al MPPE y se empleara la técnica de análisis, diseño de formas y gráfico de Gantt y las conclusiones del diagnóstico realizado.

Y la fase tres con los resultados del diagnóstico realizado se estudiaran para ofrecer una propuesta congruente a la problemática existente.

4.3.2 Medición:

Estará basada de acuerdo a lo que refiere (Balestrini, 2001) en la escala nominal, que se fundamenta en reglas clasificatorias, que permitirán a su vez seleccionar de la muestra, los Servicios Odontológicos que se encuentran dentro de los criterios básicos de funcionamiento operativo, (inventario de equipos, instrumental, insumos, materiales, acceso a al plantel, la capacidad de atención profesional).

4.3.3 La Prueba Piloto:

Los instrumentos diseñados para la recolección de información fueron sometidos a la consulta y evaluación de los Coordinadores Odontológicos del Proyecto de

Salud Integral en las Escuelas Venezolanas por Distrito Escolar, cinco (5) en total dentro del Distrito Capital, debido a que los mismos conocen y manejan la terminología necesaria para la aplicación de los instrumentos, así como también deberán ser aprobados por la Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil del MPPE. Esta prueba tuvo como objetivo la validación de los mismos y otorgarle un coeficiente de confiabilidad y aceptación a los mismos, que posteriormente validada nuevamente por la Asesora del Trabajo Especial de Grado.

4.3.4 Análisis e Interpretación de los Resultados:

Al momento del análisis, se resumirán las observaciones que se efectúen para proporcionar algunas respuestas en función de los objetivos planteados en la investigación en relación a los criterios de operatividad establecidos para el funcionamiento de los Servicios Odontológicos del Distrito Capital que pertenecen al MPPE, destacando los principales hallazgos estudiados.

La tabulación de los datos se realizara con el recuento de la información, con el fin de determinar el número de Servicios Odontológicos que se ubicaran en las diferentes categorías, entre las que se mencionan:

- N° de Servicios Odontológicos Operativos.

- N° de Servicios Odontológicos no Operativos.

- N° de odontólogos contratados por el MPPE, carga horaria asistencial (06; 15; 20 y 30 horas semanales) por distrito escolar, en el Distrito Capital.

- N° de asistentes dentales contratadas por el MPPE, carga horaria asistencial, por distrito escolar, en el Distrito Capital.

- Inventario de los Servicios Odontológicos operativos en lo que respecta a los equipos, instrumental e insumos para esterilización y limpieza.

4.4 Población o Universo de Estudio:

4.4.1 Población:

Se entiende por población según señala (Balestrini, 2001), todo elemento que este relacionado con el objeto de estudio y se pretende conocer o investigar sus características. En tal sentido a efectos de esta investigación las unidades de análisis serán las Unidades Básicas Operativas (Servicios Odontológicos) que posee el Ministerio del Poder Popular para la Educación, ubicadas dentro de la infraestructura de sus planteles, en el Distrito Capital. Este universo es de tipo finito conformado por 38 Servicios Odontológicos, los cuales poseen una o dos unidades odontológicas dependiendo del espacio físico, lo que nos proporciona un total de 46 unidades odontológicas, distribuidas geográficamente en los cinco Distritos Escolares, que abarca el Distrito Capital.

A partir de este universo se seleccionara una muestra basada en igualdad de criterios.

4.4.2 Muestra:

Se encuentra conformada por 18 Servicios Odontológicos, que representan el representa el 47,3% del universo de estudio, cuya selección se hizo de forma no aleatoria e independiente por considerar ciertas características de peso para el diagnóstico requerido por la investigación, entre las cuales podemos mencionar: ubicación geográfica, número de unidades odontológicas por servicio, facilidad de acceso al servicio, disciplina dentro de los planteles donde se encuentran ubicadas las Unidades Básicas Operativas, la seguridad del sector y acceso, horario de funcionamiento del plantel, suministro periódico de agua y luz, inventario disponible de instrumental, operatividad de los equipos (compresor y esterilizador).

4.5 Fases de la Investigación:

Fase Uno:

Cuadro N° 4

Objetivo General: Diseño de un Plan de cambio para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas (servicios odonológicos), que posee el (MPPE) en el Municipio Libertador. Distrito Capital; para ofrecer dentro del primer nivel de atención de salud, tratamientos preventivos y curativos en el área odontológica con universalidad y equidad a la matricula estudiantil evaluada, por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas.					
N°	**Objetivo Específico**	**Acciones**	**Herramientas**	**Población y Muestra**	**Referencia o Fuente**
1.3.2.1	Diagnosticar la situación actual de los servicios odontológicos pertenecientes al MPPE (facilidad de acceso, inventario, capacidad de atención profesional, sistemas de información y mantenimiento de los equipos), ubicada en los planteles educativos del Municipio Libertador. Distrito Capital.	Trabajo de campo Definición de la muestra. Aplicación de instrumento elaborado por MPPE. Interpretación de los datos Informe de diagnostico por cada uno de los servicios	Cuestionario Análisis de los datos Se procesara la información, elaboran los gráficos y se realizaran las conclusiones del caso.	Población 38 Servicios Odontológicos Muestra 18 Servicios Odontológicos	Fuente: Diagnóstico clínico epidemiológico del proyecto de Salud Integral para las Escuelas Venezolanas Odontólogos que laboran en las Unidades Básicas Operativas por Distrito Escolar en el Distrito Capital. Pertenecientes al (MPPE).
N°	**Objetivo Específico**	**Acciones**	**Herramientas**	**Población y Muestra**	**Referencia o Fuente**
1.3.2.2	Analizar la normativa vigente para la organización, funcionamiento y registro de información de los (CCPDE) en el área odontológica que posee el (MPPE), en comparación	Visitas programadas a la sede nacional del MPPE para buscar material actualizado que contenga la normativa para la organización, funcionamiento y el registro de información que deben consignara	Cuadros	Muestra 18 planteles.	Documentos del MPPE. Documentos del MPPS. Libro Atención Primaria OPS.

	con los parámetros nacionales e internacionales.	a las instancias correspondientes. Visita al MPPS para conocer los parámetros nacionales de atención en el área odontológica. Visita a la OPS para conocer los parámetros internacionales para la atención odontológica Elaboración de cuadros comparativos nacional e internacional. entre lo establecido, institucionalmente, a nivel nacional e internacional.			
1.3.2.3	Evaluar la capacidad de atención profesional y auxiliar (horas asistenciales semanales) existente en las unidades básicas operativas y los (CCPDE), en el área odontológica, del (MPPE), en el Municipio Libertador. Dtto. Capital, en	Visita Programada a la División de Protección y Desarrollo Estudiantil de la Zona Educativa del Distrito Capital para la recolección de la información Crear un instrumento o forma para el vaciado de la información Análisis de la información	Elaboración de instrumento/forma para vaciar la información obtenida	Muestra 18 planteles.	Fuente: Información interna de la División de Protección y Desarrollo Estudiantil. Zona Educativa.

	concordancia con los parámetros institucionales, nacionales e internacionales de acuerdo a la densidad poblacional.	obtenida.			
1.3.2.4	Estimar las cantidades de instrumental, materiales e insumos requeridos anualmente para dotación y suministro periódico de los servicios odontológicos (MPPE) y el proceso de adquisición para la compra y entrega de los mismos.	Elaborar un listado de todos los instrumentos, materiales e insumos requeridos para un servicio odontológico. Elaborar forma de los materiales, instrumentos e insumos requeridos en las unidades operativas para el registro de las cantidades existentes y necesidades.	Elaboración de instrumento/forma para vaciar y actualizar la información obtenida con respecto a el inventario de los servicios que fueron seleccionados como muestra. Análisis de Datos	Muestra 18 planteles.	Fuente: 18 unidades operativas del (MPPE) ubicadas en los cinco Distritos Escolares del Distrito Capital

Fase dos: Diseño de la propuesta: la cual estará basada en los datos obtenidos del diagnóstico a realizar, tomando como bandera la posibilidad de optimizar los recursos existentes y minimizar la inversión a realizar, en caso de ser necesario, para lo cual se desarrollaran los siguientes procesos: Cuestionario, análisis de los datos, procesamiento de la información, elaboración de gráficos y las realizaran las conclusiones del caso.

Fase Tres: Conclusiones y recomendaciones.

4.6 Implicaciones de la investigación:

El Ministerio del Poder Popular para la Educación ha incorporado progresivamente distintos enfoques que van desde el abordaje individual hacia el colectivo en donde no solo busca ofrecer respuestas puntuales a las necesidades de cada alumno, sino que ha integrado dentro de su contexto de acción a todos los actores involucrados en el proceso educativo.

En este sentido este modelo de atención que se propuso en la investigación contemplo con igual grado de importancia y distribución porcentual lo esfuerzos y actividades destinadas, tanto a la atención individual (asistencial) como al abordaje colectivo (promoción y prevención); con una cobertura amplia y permanente. Por lo antes expuesto la aceptación y ejecución de esta propuesta cuenta con márgenes de éxito considerables de acuerdo a las estimaciones realizadas lo que implicaría y cambio trascendental en el esquema de funcionamiento aplicado hasta la fecha en las Unidades Básicas Operativas, por lo que dentro de las implicaciones de esta investigación podemos mencionar:

- Representa para la organización una estrategia viable para mantener factores claves del éxito dentro de su política institucional, como es la atención oportuna, efectiva, digna, incluyente a la población estudiantil evaluada en las Escuelas Venezolanas por el proyecto de Salud Integral contribuyendo al ofrecer y canalizar la atención y por consiguiente contribuye ha aumentar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes venezolanos.
- Permite atención de todos los alumnos en los Servicio Odontológicos "Centros Pilotos" al reorganizar los recursos disponibles que posee el MPPE en sus unidades básicas operativas, optimizando la capacidad de atención y respuesta a la población beneficiaria.
- Maximiza el tiempo destinado a las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Complementa con la actividad diagnostica del área, desempeñada en la primera etapa del proyecto.

- Se puede implementar con el presupuesto asignado para esta área de la salud, durante el año escolar 2006-07.
- Reduce los indicadores de patologías bucales detectados en la primera etapa.

4.6.1 Limitaciones:

Aunque la propuesta cuenta con el apoyo gerencial de los niveles operacionales del Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas, a cargo de la Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil y la división de Protección y Desarrollo Estudiantil de la Zona Educativa del Distrito Capital; donde se emiten los lineamientos operativos para el funcionamiento de los Servicios Odontológicos y el manejo y toma de decisiones con respecto al personal; lamentablemente no tiene acceso al proceso administrativo en lo que respecta al uso de la partida presupuestaria a Nivel Central como Zonal del (MPPE) destinada al funcionamiento de los mismos, lo que muchas veces ocasiona el retraso en la compra y dotación de los materiales, instrumental, equipos e insumos odontológicos.

4.6.2 Riesgos:

El Ministerio del Poder Popular para la Educación ha tenido una serie de cambios en su gabinete durante la Gestión Gubernamental del Presidente Hugo Rafael Chávez, lo que ha a pesar de pertenecer a la misma tendencia política vigente consolidar cambios gerenciales importantes en casi todos los niveles de la estructura organizacional que de alguna manera denotan riesgos políticos y económicos en lo respecta a la continuidad de los proyectos iniciados, la planificación entre otros, que no dejan de afectar la ejecución de esta investigación.

CAPITULO V

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

En este capitulo se desarrollo el análisis y la evaluación de la información obtenida como resultado del Diagnóstico de campo realizado a las Unidades Básicas Operativas del MPPE (servicios odontológicos); así como también en lo respecta a la capacidad humana con la que cuenta este Ministerio en el área odontológica y finalmente la política de atención que rige el funcionamiento de estos servicios y su relación con los parámetros nacionales e internacionales. Respondiendo de esta manera a los objetivos específicos planteados en el Capitulo I de este trabajo.

5.1 -Interpretación, análisis y evaluación de los Instrumentos aplicados:

5.1.1 Se realizó un análisis de la información obtenida de los Instrumentos (N° 1 y N° 2), los cuales fueron aplicados para alcanzar el objetivo específico N° 1.3.2.1; para lo cual se aplico el instrumento (N°1), para la interpretación de los mismos, se utilizo como unidad de medida cualitativa para realizar el vaciado de la información, el uso de símbolos (+);(+/-) y (-) con la finalidad de indicar el nivel de operatividad presente o no de cada servicio, para cada uno de los ítems establecidos en el diagnóstico realizado. Una vez expresado con detalle los datos que posee este instrumento.

a) Las condiciones de acceso (transporte, metro y seguridad de sector), son buenas para la totalidad de la muestra.
b) Del 100% de la muestra solo el 5,5% que representa a un plantel, la Escuela Técnica (Liceo) "Santos Michelena". No cuenta con condiciones de disciplina y seguridad adecuadas.
c) Con respecto al horario de funcionamiento solo el 5,5% de la muestra, correspondiente a una (1) Unidad Básica Operativa "CECOPRODE-Cochecito". Trabaja solo en el turno de las mañanas de lunes a viernes.

d) El suministro de agua es irregular para el 11,1% de la muestra que corresponde a dos planteles de la muestra "Escuela Nacional Bolivariana Lino Gallardo y Simón Bolívar" y el 88,8 % posee un suministro constante del vital líquido.

e) Del 100% de la muestra la totalidad tiene un suministro de luz constante y operativa.

f) La operatividad de las unidades odontológicas es del 83,3% debido a que el 11,1% que corresponde a dos planteles "Liceo Aplicación y la Escuela Nacional Bolivariana Republica del Ecuador" presentan fallas con las unidades odontológicas y el 5,5% que corresponde al "Liceo 25 de Julio" no tiene operativa la unidad odontológica.

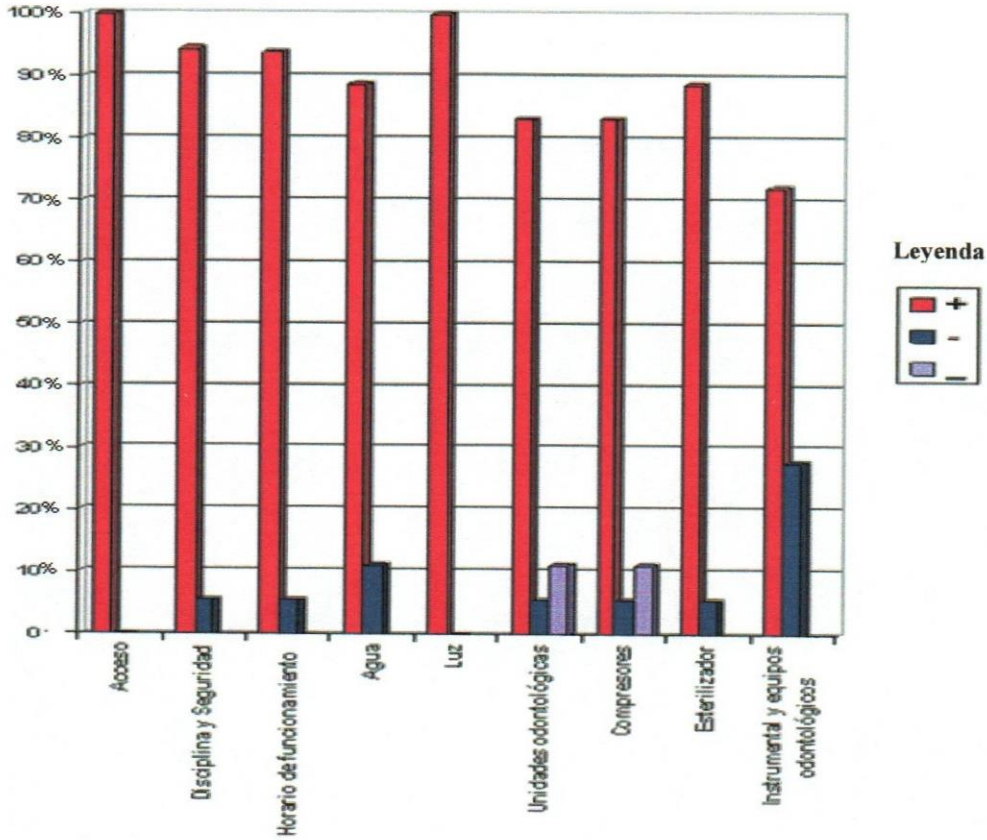
g) El funcionamiento de los compresores es del 83,3% debido a que el 11,1% presenta fallas porcentaje que corresponde a dos planteles "Liceo Nacional Santiago Key Ayala y la Escuela Técnica Santos Michelena" y un 5,5%, no esta operativo que corresponde a un plantel la "Escuela Nacional Bolivariana Simón Bolívar".

h) Del 100% de la muestra solo el 5,5% tiene problemas con el horno esterilizador del instrumental y este porcentaje se corresponde a un plantel el Liceo Nacional Lino Gallardo.

i) Con respecto a la dotación del instrumental y equipos odontológicos el 27,7% de la muestra tiene algún tipo de deficiencia, porcentaje que se corresponde a tres planteles a saber "Liceos Nacionales Agustín Aveledo; Aplicación y Andrés Bello" y el 72,2% se encuentra bien dotado.

A continuación se visualiza en el gráfico N° 1, los valores cualitativos obtenidos como producto de la aplicación del Instrumento N° 1 (ver Anexo N° 1), en donde se detallan cada uno de los criterios básicos de operatividad que deben poseer los servicios odontológicos para ser clasificados como operativo.

Gráfico N° 1
Diagnóstico de Criterios Básicos de Operatividad en los Servicios Odontológicos Seleccionados como Muestra.



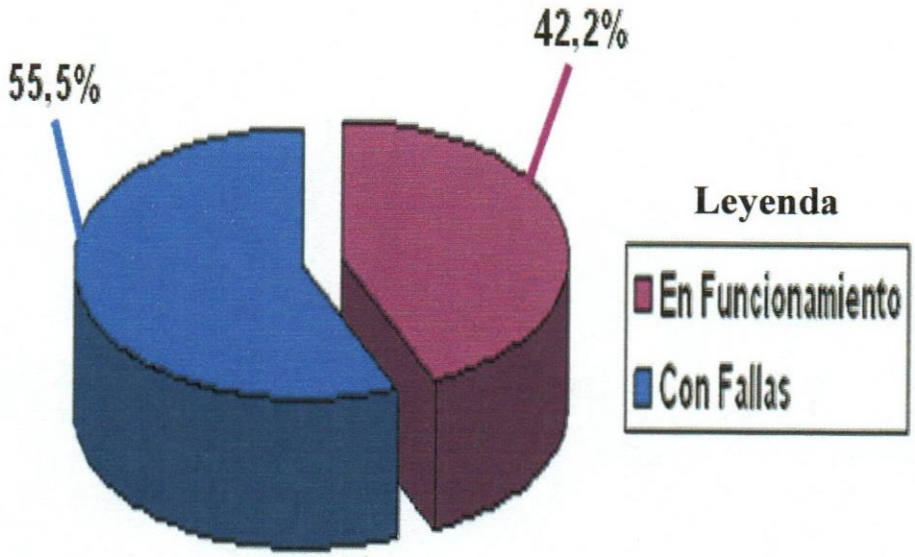
Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas con la aplicación del instrumento (N° 1)

Se obtuvo además a partir de la información recolectada, el valor porcentual de operatividad de los servicios seleccionados como muestra, tal y como se observa en el (gráfico N° 2), en donde se pudo concluir que solo 42,2% de los planteles seleccionados como muestra están realmente operativos, correspondiéndose este porcentaje con ocho planteles del total de la muestra, mientras que el 55,5% de la muestra presenta algún tipo de falla, la cual se asocia en la minoría de los casos al servicio de agua irregular y en la mayoría de los casos a fallas en el

mantenimiento de los equipos y el instrumental requerido para el funcionamiento de las unidades básicas operativas. Tal situación a pesar de no ser la idónea, presenta un pronóstico favorable, ya que tanto el mantenimiento de los equipos, como la dotación de instrumental; a pesar de ser una debilidad puede ser solucionado con cierta rapidez aplicando procedimientos administrativos, que prevé el MPPE; diseñados para el traslado de bienes nacionales de un lugar a otro, así como también la ejecución de partidas para el mantenimiento de los equipos.

Gráfico N° 2

Porcentaje de Máxima Operatividad (100%) de los Servicios Odontológicos seleccionados como muestra



Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas por medio de la aplicación del instrumento (N° 1)

Finalmente con la aplicación del instrumento N° 1 se determinaron las Unidades Básicas Operativas por parroquia que cumplían con las condiciones necesarias para ser consideradas con máxima operatividad, las cuales se mencionan a continuación:

- CECOPRODE-Cochecito
- Liceo Nacional Santiago Key Ayala
- Escuela Nacional Bolivariana Andrés Bello
- Liceo Bolivariano Rafael Urdaneta
- Liceo Bolivariano Teresa Carreño
- Escuela Nacional Bolivariana Miguel Villavicencio CCPDE-ARTIGAS
- Liceo Nacional Caracas
- Liceo Nacional Aplicación
- Escuela Nacional Mireya Venegas
- Escuela Nacional Tomas Vicente González
- CECOPRODE-23 Enero
- Liceo Nacional Bolivariano Miguel Antonio Caro

5.1.2 Posteriormente se procedió a desarrollar el objetivo especifico número **1.3.2.2**, orientado a la evaluación de la normativa vigente para la organización, funcionamiento y registro de información de las Unidades Básicas Operativas y los Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil (CCPDE) en el área odontológica que posee el (MPPE), en comparación con los parámetros nacionales e internacionales. Para lo cual se llevo a cabo un proceso de documentación bibliográfica a nivel del la Dirección Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil de MPPE y la biblioteca de OPS/OMS sede Venezuela, donde se obtuvo lo siguiente:

La Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil del MPPE posee un documento elaborado en octubre de 1993 denominado "Programa Nacional de Salud" (versión preliminar), el cual fue creado con la finalidad de establecer una serie de lineamientos específicos para las áreas de medicina y odontología; aunque el mismo quedo sin efecto cuando se realizo una un proceso de reestructuración de

los lineamientos generales para las Unidades Básicas Operativas en el año 2002, con la finalidad de integrar aun más el trabajo de todas las áreas sociales y de salud que conforman estos equipos y poder realizar un abordaje integral de la problemática social a tratar, a través de la articulación de todas las áreas de medicina, odontología, trabajo social, psicología y sociología. Tal situación detuvo el proceso de organización que se estaba iniciando a nivel del área médica y odontológica en las Unidades Básicas Operativas, debido a la ausencia de parámetros específicos por área que fijaran unos objetivos concretos alcanzar y los plazos para lograrlo.

Sin embargo para poder realizar el análisis se empleo como referencia el Programa Nacional de Salud del MPPE, año 1993; por ser el precedente más reciente en cuanto a organización y metodología de trabajo vinculado con el área odontológica que establece algunos de los criterios de evaluación aceptados nacional e internacionalmente, específicamente el índice operacional, rendimiento, el cual esta orientado como se explico en el capitulo II; a el cálculo del promedio de pacientes por hora profesional, que se estiman atender, el cual para el Programa antes señalado se estimo un total de 3 pacientes por hora para el odontólogo. El referido programa incluye además una serie de instrumentos para el registro de información del trabajo realizado en dichas unidades (Historia Clínica, consolidado diario y mensual).

No obstante en relación con el índice operacional de rendimiento es importante destacar que si bien este índice esta acorde con la normativa nacional e internacional, el calculo del mismo se basa en la atención de pacientes adultos, ya que cuando se trabaja con población infantil de 3 a 12 años, este rendimiento puede variar, dependiendo de la complejidad del tratamiento a realizar, en vista de que los tratamientos curativos y rehabilitadores que requieren de anestesia local, aumentan el tiempo de trabajo y por ende el rendimiento por hora profesional disminuye, oscilando en promedio a 2 pacientes por hora con un personal adiestrado o especializado en el área; a objeto de brindar durante este proceso una atención digna y adecuada para la madurez emocional de estos pacientes, sin que ello comprometa o menos cabe las competencias de dicho profesional.

Se observa además que este Programa Nacional de Salud en el área odontológica a pesar de definir el objetivo general y los específicos; en el mismo no se fijan metas, ni plazos del impacto que se desea alcanzar, ya que, si bien es cierto que no todas las realidades sociales son iguales estas se asemejan en cuanto a las problemáticas en el área de la salud de acuerdo al estrato socio económico en donde se ubica la población a atender. Se observa en este caso, que solo se menciona como será la modalidad de atención en cuanto a la distribución porcentual de las actividades que deberán desarrollar en el área, es decir 60% actividades de promoción y prevención; 40% de actividades destinadas a la atención curativa y rehabilitadota, la cual quedó ratificada en el año 2002. Dando en este caso toda la potestad al profesional para que diseñe su plan anual, pero sin establecer elementos o criterios de operatividad como base, que orienten al diseño del mismo.

Otro aspecto a considerar es que, toda organización desde el momento que es creada debe contar con una serie de normas que se deben cumplir, a objeto de fijar disciplina de trabajo en función de la eficacia, eficiencia y efectividad de la misma, emanadas por un ente rector que en el caso de las Unidades Básicas Operativas, seria La Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil del MPPE; la cual debe establecer un mínimo de pautas, para luego ser discutidas y aprobadas por el colectivo; cuya finalidad no es más que establecer una disciplina de trabajo uniforme para cada una de las Unidades Básicas Operativas a nivel nacional.

Otro aspecto del Programa antes señalado es que el mismo no cuenta con la definición de normas de funcionamiento a ejecutar dentro de las Unidades Básicas Operativas, para cada una de las áreas de trabajo, a saber: esterilización del instrumental, limpieza del área de trabajo, protección del personal (uso de mascaras, lentes, guantes uniforme, entre otros), ni el manejo de desechos peligrosos y tóxicos (agujas, carpules, amalgamas).

En este sentido se considera que esta versión preliminar del Programa Nacional de Salud, si bien se oriento en la búsqueda de una organización y delimitación de funciones al personal que labora en la Unidades Básicas Operativas del MPPE, existe también un vació en cuanto a la estimación de metas, la capacitación del

personal para el registro adecuado de de la información, escasos criterios de evaluación (índices operacionales) en relación a los parámetros nacionales e internacionales a considerar; indispensables a la hora de evaluar el nivel de impacto de este Programa, así como también la ausencia de una normativa básica para el desempeño operativo de estos servicios.

Al mismo tiempo se observa la ausencia orientaciones o estrategias metodológicas a desarrollar por el profesional o personal auxiliar en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedades, a través de los programas escolares, que guíen el desarrollo de acciones de manera colectiva, ya que si bien este personal cuenta con el apoyo y asesoria del resto de los integrantes de las Unidades Básicas Operativas (psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos y médicos), eso no lo capacita automáticamente para el desarrollo de la habilidades como lo es el manejo de grupo, la oratoria, diseño de estrategias metodológicas etc; ya que muchas veces el miedo de expresarse en publico o el uso de estrategias metodológicas inapropiadas, pueden representar un gran obstáculo y ser objeto de frustración y miedo para desarrollar este tipo de actividades por parte del profesional de la salud.

5.1.3 Consecutivamente se procedió a realizar la evaluación de la capacidad de atención profesional y auxiliar (talento humano), existente en las unidades básicas operativas y los (CCPDE), en el área odontológica, del (MPPE), en el Municipio Libertador. Dtto. Capital, en concordancia con los parámetros institucionales, nacionales e internacionales de acuerdo a la densidad poblacional con la finalidad de alcanzar el objetivo especifico 1.3.2.3, para lo cual se diseño y aplico el Instrumento N° 2.

Gracias a la información institucional facilitada por la Zona Educativa del Distrito Capital. División de Protección y Desarrollo Estudiantil, a fin de determinar las horas profesionales por Distrito Escolar, que se encuentra integrada al Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas y poder realizar la comparación con los parámetros nacionales e internacionales establecidos para la atención de la población en esta área, se obtuvo lo siguiente:

Dentro de la información recolectada por el Instrumento N° 2, se pudo determinar con claridad el total de odontólogos(as) e Higienistas Dentales con los que cuenta

el Proyecto, el cual se corresponde con un 80% aproximadamente de la nomina total por cada Distrito Escolar, así como también la carga horaria de contratación a saber:

a) Por el Distrito Escolar N° 1 el cual abarca las parroquias de El Valle, Coche, Sta. Rosalia, San Pedro, El Recreo; se pudo conocer que tienen 19 profesionales, de los cuales 16 de ellos están contratados a 15 horas semanales, 01 odontólogo a 20 horas semanales y 04 a 30 horas semanales. Lo que suma un total de 365 horas semanales de contratación odontológica. Y un total de 05 higienistas dentales a 37 horas de contratación semanal, lo que da un total de 185 horas semanales de contratación.

Cuadro N° 5

N° de profesionales y Personal Auxiliar del Dtto Escolar N° 1.

Área Odontológica

Número de Odontólogos	Horas semanales	Número de Higienistas D	Horas semanales
19	365	05	185

Fuente: Propia producto de la evaluación y documentación revisada, facilitada por la Dirección de Personal de la Zona Educativa. Dtto. Capital. 2009.

Posteriormente se realizo una comparación entre la carga horaria de los profesionales y el personal auxiliar a objeto de determinar si existe discrepancia con respecto a la contratación semanal entre cada grupo, ya que la relación profesional y personal debe coincidir o en dado caso observarse una razón de horas de personal auxiliar mayor a la del odontólogo(a). Una vez realizado este cálculo se observo que existe un déficit de personal auxiliar de 180 horas semanales en este Distrito Escolar y el máximo aceptable para la nomina del (MPPE) es de 98 horas semanales, dado que debería existir una higienista dental por cada odontólogo y en el supuesto que todos los profesionales estuviesen contratados a 30 horas semanales, se requerían 14 higienistas dentales con

37 horas de contratación lo que arrojaría una discrepancia de 7 horas semanales por el déficit de personal auxiliar 14 (HG) en total, dando un déficit de 98 horas semanales.

b) Por el Distrito Escolar N° 2 que abarca las parroquias Catedral, Candelaria, Sta Teresa, La Pastora, San José y Altagracia, arrojo un total de 16 odontólogos(as) distribuidos de la siguiente manera: 10 contratados a 15 horas semanales; 04 a 30 horas semanales, 01 a 20 horas y 01 a 06 horas semanales, obteniendo un total de 296 horas, a las cuales se les resto 45 horas, debido a que un total de 03 odontólogos no se encontraban asistiendo formalmente al Proyecto de Salud Integral, razón por la cual se determino que el total de horas de contratación profesional a la semana era de 224 horas.

Ahora bien con respecto al personal auxiliar se contabilizaron 09 Higienistas Dentales que participaron en el Proyecto de Salud Integral; pero solo acudían al Proyecto 08 con 37 horas de contratación semanal, lo que arrojo un total de 310 horas semanales. Observándose en este Distrito el caso contrario, un déficit de 86 horas semanales de contratación odontológica.

Cuadro N° 6

N° de profesionales y Personal Auxiliar del Dtto Escolar N° 2.

Área Odontológica

Número de Odontólogos	Horas semanales	Número de Higienistas D	Horas semanales
16	224	09	310

Fuente: Propia producto de la evaluación y documentación revisada, facilitada por la Dirección de Personal de la Zona Educativa. Dtto. Capital. 2009.

En el Distrito Escolar N° 3 que abarca las parroquias, San Juan, La Vega, Paraíso; arrojo un total de 09 odontólogos(as) distribuidos de la siguiente manera: 07 contratados a 15 horas semanales, es decir 135 horas semanales y 02 contratados a 30 horas semanales, dando un total de 165 horas; pero que en la práctica se reduce

a 135 horas, ya que dos odontólogos contratados a 15 horas no estaban asistiendo al Proyecto de Salud, lo cual reduce la

En relación al personal auxiliar se obtuvo que hay 04 Higienistas Dentales y su tiempo de contratación es de 37 horas semanales lo que da un total de 148 horas semanales de contratación a este personal. En este Distrito Escolar se observa nuevamente un déficit de horas de contratación a nivel de los profesionales de la odontología de 13 horas semanales.

Cuadro N° 7

N° de profesionales y Personal Auxiliar del Dtto Escolar N° 3.

Área Odontológica

Número de Odontólogos	Horas semanales	Número de Higienistas D	Horas semanales
09	135	04	148

Fuente: Propia producto de la evaluación y documentación revisada, facilitada por la Dirección de Personal de la Zona Educativa. Dtto. Capital. 2009.

c) Por el Distrito Escolar N° 4 que abarca las parroquias, Macarao, Caricuao, Antimano; arrojo un total de 05 odontólogos(as) distribuidos de la siguiente manera: 04 profesionales contratados a 15 horas semanales, 01 odontólogo a 20 horas y 01 odontólogo a 30 horas semanal; lo que suma un total de 110 horas semanales de contratación profesional y con respecto al personal auxiliar se contabilizo a 03 Higienistas Dentales a 37 horas semanales obteniendo un total de 111 horas semanales de contratación.

Al comparar las horas de contratación en este Distrito no se observo un déficit de profesionales y personal auxiliar importante (1 hora), aunque es importante destacar que este Distrito Escolar posee una densidad poblacional considerable por lo que no esta acorde la capacidad de atención profesional con la matricula escolar de ese Distrito.

Cuadro N° 8

N° de profesionales y Personal Auxiliar del Dtto Escolar N° 4.

Área Odontológica

Número de Odontólogos	Horas semanales	Número de Higienistas D	Horas semanales
05	110	03	111

Fuente: Propia producto de la evaluación y documentación revisada, facilitada por la Dirección de Personal de la Zona Educativa. Dtto. Capital. 2009.

d) Por el Distrito Escolar N° 5 que abarca las parroquias, 23 Enero y Sucre; arrojo un total de 10 odontólogos(as) distribuidos de la siguiente manera: 09 odontólogos(as) contratados a 15 horas semanales y 1 odontólogos a 30 horas. Sin embargo el total de horas de contratación semanal realmente es de 150 horas ya que 01 odontólogo contratado a 30 horas le fue aprobada su jubilación. No obstante la contratación del personal auxiliar es de 05 Higienistas Dentales a 37 horas semanales lo que arrojo un total de 148 horas semanales. Finalmente por este Distrito Escolar, también se observo un déficit de horas de contratación con respecto al personal auxiliar de 02 horas semanales. Aunque al igual que en el Distrito Escolar N° 4 el número de profesionales y personal auxiliar es insuficiente en relación a la matricula escolar del mismo.

Cuadro N° 9

N° de profesionales y Personal Auxiliar del Dtto. Escolar N° 5.

Área Odontológica

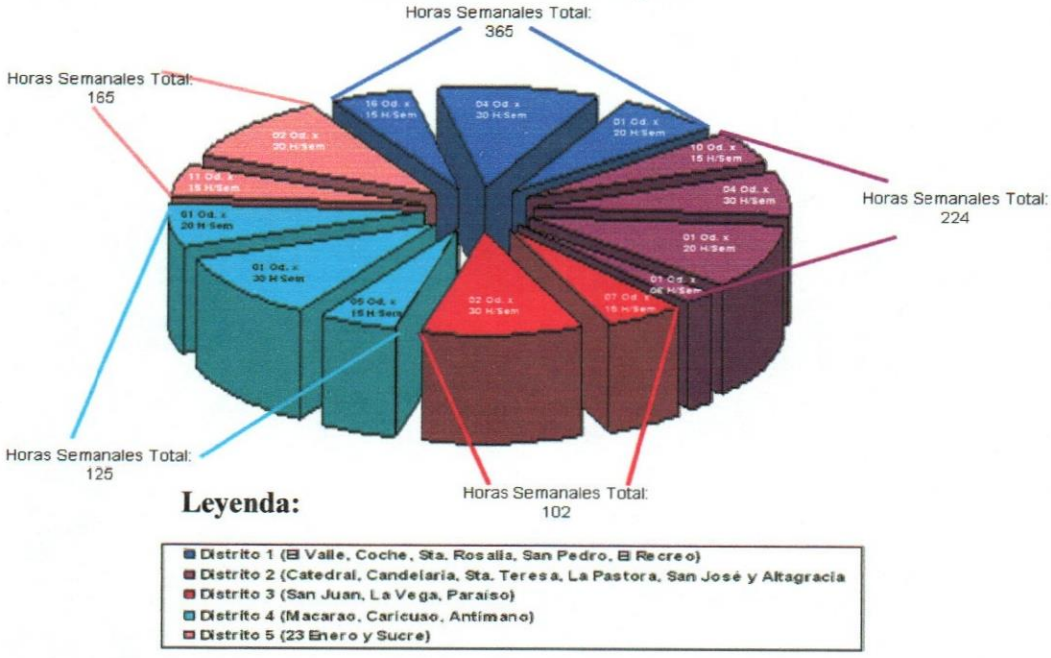
Número de Odontólogos	Horas semanales	Número de Higienistas D	Horas semanales
10	150	05	148

Fuente: Propia producto de la evaluación y documentación revisada, facilitada por la Dirección de Personal de la Zona Educativa. Dtto. Capital. 2009.

A continuación se muestran los resultados antes señalados en los (gráficos N° 3 y 4), en cuanto al número de odontólogos(as) y personal auxiliar (Higienistas Dentales), acompañado de la distribución de la carga horaria de contratación semanal en cada Distrito Escolar del MPPE, en el Municipio Libertador del Distrito Capital.

Gráfico N° 3.

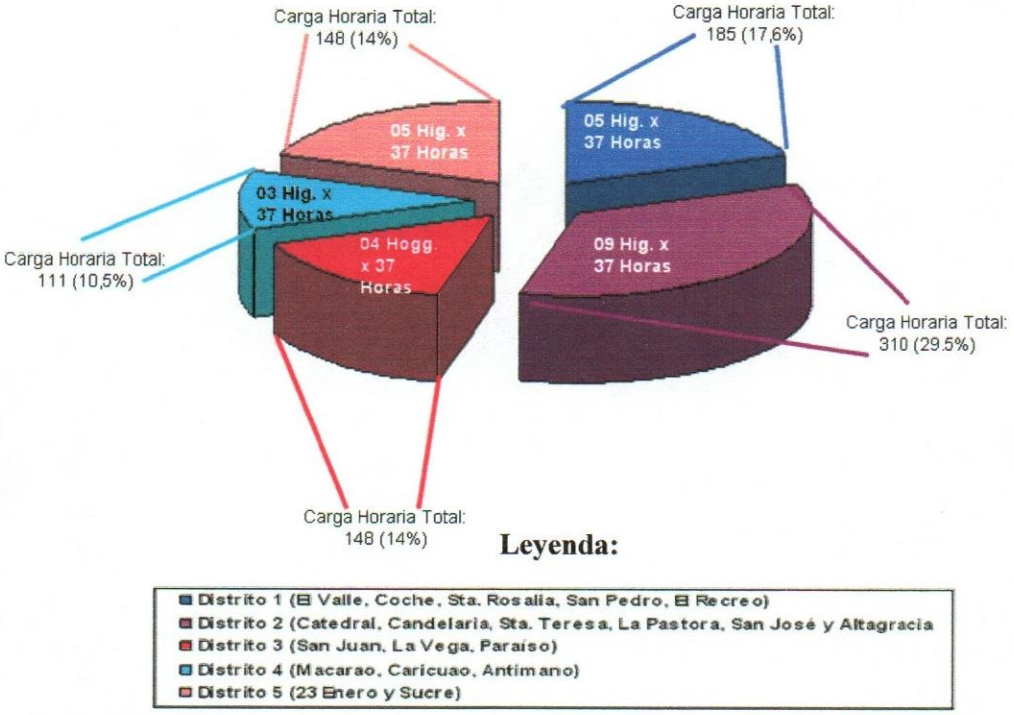
Número de Odontólogos(as), Distribución de Carga Horaria por Contratación Semanal, de cada Distrito Escolar del MPPE. Municipio Libertador. Distrito Capital



Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas a través del instrumento (N° 2)

Gráfico N° 4

Carga Horaria Semanal de Personal auxiliar (Higienistas Dentales) por Distrito Escolar. Municipio Libertador. Distrito Capital.



Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas a través del instrumento (N° 2)

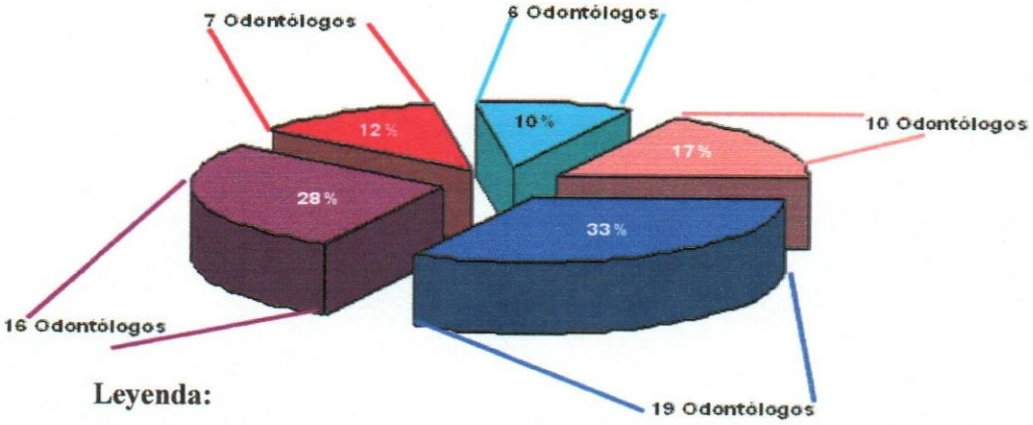
5.1.3.1 Una vez procesada la información obtenida con este diagnóstico del personal se determino lo siguiente:

a) La mayoría de los profesionales se encuentran concentrados en los Distritos Escolares N° 1 y 2, para luego apreciar una disminución significativa de los mismos en los Distritos N° 3, 4 y 5. Tal situación es contraria a la densidad poblacional y socio económico de las parroquias que abarcan estos Distritos Escolares, debido a que la matrícula escolar en condiciones de pobreza es menor en los Distritos N ° 1 y 2 y mayor en los Distritos N ° 3, 4 y 5; situación que se evidencia con mayor claridad en el (gráfico N° 5) donde se detallan el número de profesionales de la

odontología por cada Distrito Escolar con los que cuenta el MPPE en el Municipio Libertador del Distrito Capital.

Gráfico N° 5

Número Total de Odontólogos(as) y Distribución Porcentual por Distrito Escolar. Municipio Libertador. Distrito Capital.



Leyenda:

- Distrito 1 (El Valle, Coche, Sta. Rosalía, San Pedro, El Recreo)
- Distrito 2 (Catedral, Candelaria, Sta. Teresa, La Pastora, San José y Altagracia
- Distrito 3 (San Juan, La Vega, Paraíso)
- Distrito 4 (Macarao, Caricuao, Antimano)
- Distrito 5 (23 Enero y Sucre)

Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas a través del instrumento (N° 2)

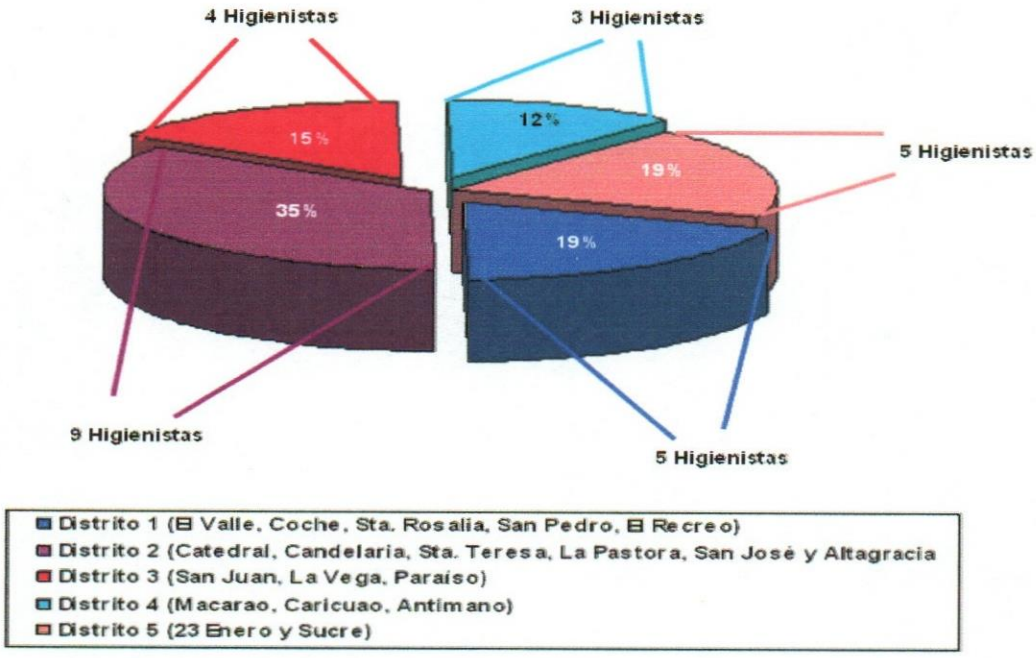
b) Es oportuno señalar que en el Capitulo II cuando se hizo referencia a los indicadores bucales de la población venezolana en diversos estudios (Proyecto Venezuela, FUNDACREDESA, Proyecto de Salud Integral, entre otros) y su relación con la situación socio económica de la misma, los indicadores bucales eran mayores a medida que el nivel socio económico era mas bajo, razón por la cual en aquellas parroquias donde la densidad poblacional predominen estos estratos socioeconómicos las políticas de salud dirigidas a la población deberán ser mayores y con incremento de la capacidad profesional y auxiliar.

c) En el Distrito Capital la carga horaria de contratación semanal para los odontólogos(as) que predomina es la de 15 horas, para un total de 49 profesionales y siendo menor el número de profesionales que se encuentran contratados a 30 horas semanales; para un total de 13 odontólogos(as), además de contadas excepciones que se encuentran contratados a 20 y 6 horas semanales.

d) La carga horaria del personal auxiliar se observa igual para todo el personal, asignándole un total de 37 horas de contratación semanal a cada una y un total general de 902 horas semanales de contratación, tal y como se observa en el (gráfico N° 6) que se muestra a continuación:

Gráfico N° 6

Número Total de Higienistas Dentales y Distribución Porcentual por Distrito Escolar. Municipio Libertador. Distrito Capital.



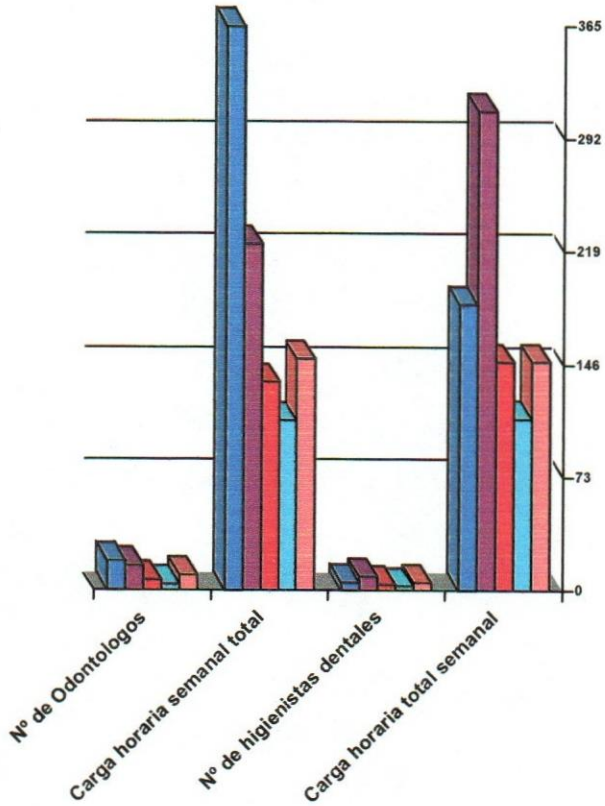
Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas a través del instrumento (N° 2)

e) La Distribución por Distrito Escolar de este personal auxiliar supera las 100 horas semanal, pero se observa una menor concentración de este personal en el Distrito Escolar N° 4; el cual es bastante escaso en relación a los otros Distritos y con respecto a la densidad poblacional de esas parroquias, luego se observa un equilibrio relativo en los otros Distritos Escolares N° 2, 3 y 5. Finalmente se aprecia una mayor concentración en el Distrito Escolar N° 1.

f) La relación de horas de contratación semanal de odontólogos(as) y del personal auxiliar se presenta una discrepancia en todos los Distritos Escolares, en los Distritos N° 1 existe mayor número de horas de contratación de profesional de la odontología que de personal auxiliar; mientras que en los Distritos Nros: 2 y 3, se da el caso contrario. Y en los Distritos Escolares N° 4 y 5 se observa un equilibrio en cuanto a las horas de contratación de profesionales y personal auxiliar, aunque como se menciono anteriormente es poca para la población a atender. Esta comparación se puede apreciar con mayor detalle en el (gráfico N° 7) el cual muestra de manera gráfica la relación del número de odontólogos(as) y personal auxiliar por cada Distrito Escolar.

Gráfico N° 7

Relación N° Horas de Contratación Odontólogos(as) y Personal Auxiliar por Distrito Escolar y su Carga Horaria Correspondiente



Levenda:

- Distrito 1 (El Valle, Coche, Sta. Rosalia, San Pedro, El Recreo)
- Distrito 2 (Catedral, Candelaria, Sta. Teresa, La Pastora, San José y Altagracia
- Distrito 3 (San Juan, La Vega, Paraíso)
- Distrito 4 (Macarao, Caricuao, Antimano)
- Distrito 5 (23 Enero y Sucre)

Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas, a través del instrumento (N° 2)

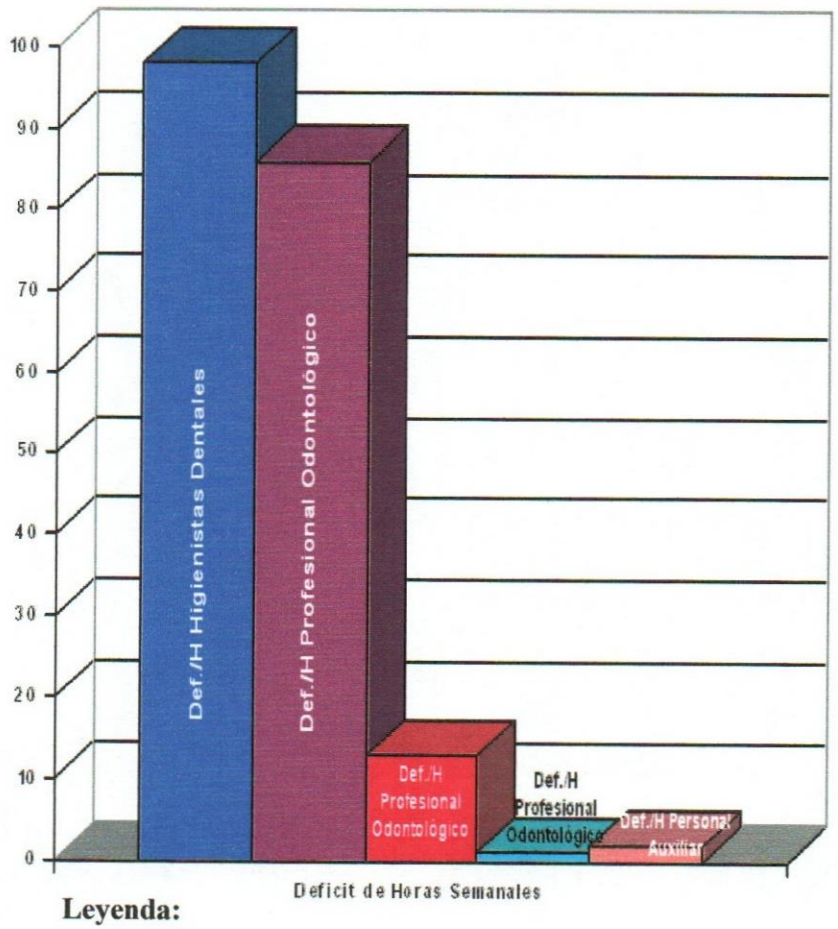
g) Es importante destacar con respecto al déficit observado a nivel del personal auxiliar, que el incremento de la demanda de este personal depende también de las funciones que realice el mismo dentro de las Unidades Básicas Operativas, ya que si este personal solo se limita a

actividades administrativas y suministro de materiales en el área asistencial, la relación de higienistas dentales y odontólogo puede ser de un personal auxiliar por cada dos odontólogos; mientras que cuando el personal auxiliar desempeña además de funciones administrativas, funciones educativas la relación puede variar y la proporción seria de dos o mas higienistas dentales por profesional de la odontología. Razón por la cual dependiendo de la ubicación del personal y sus funciones el déficit apreciado podría incrementarse o disminuir.

h) Para finalizar una vez determinada la relación odontólogo(a) - personal auxiliar realizada en este análisis se procedió a estimar la necesidad de contratación del talento humano requerido por cada Distrito Escolar a objeto de obtener una relación profesional y personal auxiliar, idónea que favorezca el incremento de los niveles de eficiencia del equipo que trabaja para la Unidades Básicas Operativas del (MPPE) en el Distrito Capital, el cual se muestra en el (gráfico N° 8).

Gráfico N° 8

Déficit de Horas Semanales entre Profesionales de la Odontología y Personal Auxiliar



Leyenda:

- Distrito 1 (El Valle, Coche, Sta. Rosalia, San Pedro, El Recreo)
- Distrito 2 (Catedral, Candelaria, Sta. Teresa, La Pastora, San José y Altagracia
- Distrito 3 (San Juan, La Vega, Paraiso)
- Distrito 4 (Macarao, Caricuao, Antimano)
- Distrito 5 (23 Enero y Sucre)

Fuente: Propia del diagnóstico realizado a las Unidades Básicas Operativas a través del instrumento (N° 2)

Una vez analizada la situación institucional se procedió a compararla con los parámetros nacionales en base al estudio realizado (O.P.S. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela, 2001). Basado en el recurso humano en odontología existente en los servicios públicos, para el año 1999, determinando que la razón odontólogo-población era de cinco (5,3 = 5) odontólogos por cada diez mil (10.000) habitantes, es decir que por cada 2000 habitantes existía un odontólogo.

Posteriormente para el año 2008 de acuerdo a los datos proporcionados por la Coordinación Nacional de Salud Bucal del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), a nivel de los servicios públicos en todo el Territorio Nacional se determino, tal y como muestra el (cuadro N° 13), una razón odontólogo-población de 2342 habitantes por odontólogo.

Razón que se obtuvo en base al número total de profesionales que se encontraban trabajando en el sector público de salud, un total de 7915 odontólogos(as) y una población total para ese año de 28.528.916 habitantes. En donde se estimo que aproximadamente un 35% de la población acude a servicios privados o seguros financiados por las instituciones del Estado, es decir que solo 18.543.796 habitantes son los que acuden a los servicios públicos en el área odontológica.

Cuadro N° 10

Número de Profesionales de la Odontología a nivel asistencial en la Red Nacional de Servicios Públicos. Año 2008.

Institución	N° de Odontólogos(as)
Barrio Adentro	4722
IPASME	704
IVSS	647
Alcaldías y Gobernaciones	No hay Datos Oficiales
Red Convencional (Hospitales y Distritos Sanitarios)	1842
Total	**7915**

Fuente: MPPS. Coordinación Nacional de Salud Bucal.

En relación a los parámetros internacionales de acuerdo a lo que refieren (Kroeger, A y Luna, Ronaldo, 1983: 489). Estiman en el caso de programas escolares, con el apoyo de personal auxiliar, lo ideal es un trabajador de salud por

cada 1000 personas. Tal estimación pareciera una proporción de personal apropiada en el área de atención odontológica, siempre y cuando el profesional de la odontología pueda delegar funciones de promoción de la salud y de prevención especifica en el personal auxiliar y brinde atención específicamente en aquellas áreas donde el personal auxiliar no posee competencias, ya que los programas preventivos y educativos pueden difundirse con personal auxiliar, aunque esto no excluye de la participación a el odontólogo en cuanto a la selección de contenidos y aporte pedagógicos que puedan emplearse.

No obstante el parámetro institucional, de acuerdo a lo que se establece el Programa Integral de Protección y Desarrollo Estudiantil en su titulo VIII, hace mención a las funciones de las Unidades Básicas Operativas de los Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil, en su punto número siete (7), que determina las funciones del equipo interdisciplinario de los (CCPDE), numeral a) refiere "Planificar, programar, diseñar, evaluar, acciones y proyectos, (...) a partir de la detección de problemas, necesidades e intereses de la población escolar y de las comunidades junto con el coordinador funcional de y demás sujetos sociales centrar el 60% como mínimo en acciones preventivas y 40% como máximo en acciones asistenciales, dirigiendo estas últimas solo a la población escolar. Establece además, según se regula en las (Normas para la creación de los Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil, 1999) punto número (7) haciendo referencia que "Cuando el Centro Comunitario de Protección y Desarrollo Estudiantil atienda una matricula superior a cinco mil (5000) alumnos, este deberá estar conformado como mínimo, por dos de cada uno de los profesionales antes mencionados incluyendo el personal auxiliar (higienista dental).

La razón odontólogo-matricula estudiantil expuesta anteriormente para las Unidades Básicas Operativas del MPPE establece una razón de un odontólogo(a) por cada cinco mil alumnos, en donde deberá emplear de acuerdo a la distribución porcentual que establece el MPPE 18 horas semanales destinadas a la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad y el resto de la carga horaria semanal, es decir 12 horas dedicadas a las actividades asistenciales.

Ahora bien, en la praxis tomando en cuenta los indicadores de salud bucal en Venezuela, citado en el capitulo II de este trabajo, se aprecia que tal distribución de las actividades y carga horaria semanal no es factible. Inclusive partiendo de que todos los odontólogos(as) estuviesen contratados a 30 horas semanales.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente y estudios epidemiologicos realizados a nivel nacional han determinado que los indicadores bucales obtenidos por el Estudio Integral para la Planificación de la Odontología (EPIO) 1972 y por el Departamento de odontología de FUNDACREDESA entre 1980 y 1990, coinciden que por cada alumno existe un promedio de 3 a 4 dientes cariados (citados en el capitulo II), que al multiplicarlo por los 5000 alumnos que le correspondería atender a cada odontólogo da un total aproximado de 20.000 dientes temporales y permanentes que requieren ser obturados.

Partiendo entonces que en el mejor de los casos, que este profesional contara con el apoyo de una higienista dental, de acuerdo a los criterios de evaluación (indicadores de operatividad) que se emplean en Venezuela; se podría estimar alcanzar una concentración de cuatro (4) obturaciones definitivas tipo clase I, por hora y un rendimiento de dos (2) pacientes por hora, dando un total de 24 dientes obturados por turno clínico de seis (6) horas asistenciales.

Posteriormente se calculo la concentración de actividades por semana, es decir dos turnos por semana, luego el total mensual de turnos clínicos para un total de ocho (8) turnos al mes, que luego serán multiplicados por un total de 10 meses que es lo que corresponde con un año escolar, es decir 18 turnos clínicos para un total de 432 obturaciones anuales por odontólogo.

Ahora bien los cálculos realizados indican, que para atender y darle de alta al 100% de la matricula antes mencionada tendrían que transcurrir un total de 46 años y dos meses.

La proyección realizada, ratifica que esta razón odontólogo-matricula escolar no es factible, ya que de acuerdo a los tres subsistemas educativos cada alumno(a) estará un promedio de 5 a 6 años en cada uno de ellos; además el avance de las lesiones por caries dental durante este periodo de tiempo seria considerable o letal causando mortalidad dental o lo que es igual a la perdida definitiva de las piezas

dentales con sus respectivas consecuencias, mucho más complejas en cuanto al tratamiento y de mayor costo para el Estado.

Aunado al cálculo antes señalado, es importante destacar que el periodo de prosecución estudiantil por subsistema educativo es inferior al que se estima alcanzar para logra una cobertura total, a la población beneficiaria, ya que por lo general la infraestructura de cada subsistema se encuentran en espacios físicos diferentes.

Finalmente sintetizando la evaluación realizada con respecto a la capacidad profesional y auxiliar que posee el (MPPE) en sus unidades operativas en el Municipio Libertador. Distrito Capital, se determino que la capacidad del talento humano con el que cuenta el (MPPE) en el área odontológica, es insuficiente, debido a que el mismo no esta acorde con lo establecido a nivel internacional por la (OPS); nacional por el (MPPS) y finalmente con respecto a lo que establece el propio Ministerio del Poder Popular para la Educación, como se expone en el (cuadro N° 11), donde se observa lo siguiente:

Cuadro N° 11

Déficit estimado de Personal Odontológico en base a la matricula escolar de Educación Inicial, Primaria y Secundaria del (MPPE) en el Distrito Capital. Año escolar 2007-2008.

Instituciones	Razón odontólogo población	Déficit estimado según Parámetros Internacionales, Nacional e Institucional de Razón odontólogo-población.
OPS	1 odontólogo-1000 habitantes para programas escolares.	357 odóntólogos(as)
MPPS	1 odontólogo-2342 habitantes en el sistema público de salud.	118 odontólogos(as)
MPPE	1 odontólogo-5000 alumnos para programas escolares.	24 odontólogos(as)

Fuente: Propia del análisis de la documentación Atención Primaria en Salud. (OPS), Programa Nacional de Salud Bucal. (MPPS) y el Programa Integral de Protección y Desarrollo Estudiantil. (MPPE), consultados.

En base a la población evaluada por el Proyecto de Salud Integral (17892 alumnos), tomando en cuenta el parámetro internacional de la (OPS), para llevar a cabo los programas escolares, el total de odontólogos requeridos seria de 18 y 36 higienistas dentales.

Con respecto al parámetro nacional el número de odontólogos requeridos seria de 8 profesionales y 16 higienistas, contratados a 30 y 37 horas semanales respectivamente. Nomina que posee el MPPE actualmente en esta área de la salud.

Ahora bien si se toma en cuenta no solo la matricula evaluada por el Proyecto de Salud Integral sino el total de los alumnos matriculados en el Municipio Libertador, para este periodo escolar 2007-2008 (cuadro N° 12) y se calcula luego el número de profesionales y personal auxiliar requeridos esta cifra ascendería de acuerdo al parámetro internacional a un total de 416 odontólogos y 832 higienistas dentales, mientras que para el parámetro nacional el número seria de 178 profesionales y 356 higienistas dentales.

Cuadro N° 12

Matricula de Educación Inicial, Primaria y Secundaria. Año escolar 2007-2008. Distrito Capital. MPPE.

Educ. Inicial, Primaria y Secundaria	Total	%
Matricula	438.976	100
Deserción	7463	1,7
Prosecución	416.149	94,8
Repitencia	15364	3,5

Fuente: Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de políticas Públicas. Memoria y Cuenta. Año 2009. MPPE.

5.1.4 Otro de los Instrumentos empleados fue el N° 3, a objeto de obtener la información necesaria para poder desarrollar el objetivo N° 1.3.2.4, el cuál se orienta a estimar las cantidades de instrumental, materiales e insumos requeridos anualmente para dotación y suministro periódico de los servicios odontológicos (MPPE, a ser considerado para el proceso anual de adquisición y entrega de los mismos.

Es importante destacar con respecto al diseño del Instrumento N° 3, que durante su elaboración se tomaron en cuenta todos y cada uno de los materiales, insumos e instrumental requeridos en un servicio odontológico donde se realice odontología general, es decir que se atiendan cada una de las áreas que contemplan la atención odontológica con un nivel de complejidad bajo y media; aunque eso no implica que durante el proceso de compra los mismos puedan estos puedan adquirirse, ya que muchas veces existen limitaciones en cuanto a la asignación de partidas y presupuesto.

Una vez que se procedió a la visita institucional de cada uno de los servicios seleccionados como muestra, se le entrego a cada profesional de la odontología responsable de ese servicio el Instrumento N° 3, al cual se le explico la forma como debían vaciar la información y se estableció un plazo de tres semanas para la entrega del mismo. La estimación realizada por cada uno de los servicios es en base a un año académico.

Recabada toda la información del mencionado Instrumento, se procedió a elaborar un cuadro para el vaciado y la totalización de la información obtenida, apreciada con exactitud en el (Anexo N° 3).

Analizado este cuadro se determino de manera general por cada uno de los elementos que lo componen (equipos, materiales, instrumental, insumos y productos de limpieza) lo siguiente:

Los materiales e instrumental más solicitados son los que se emplean en el área de restauradora, cirugía, prevención específica, endodoncia y de aparatología removible, lo que de alguna manera indica los procedimientos que más se realizan a diario en estos servicios. Sin embargo es importante destacar que en dicha solicitud se evidencia la necesidad de llevar a cabo tratamientos de endodoncia, los cuales están orientados a preservar en boca los dientes una vez que han sido

afectados a nivel pulpar por el avance de la caries dental; aunque la realidad contraste con dicha necesidad, ya que para ello es indispensable la existencia de equipos de rayos x en los servicios, caja reveladora, paraban de plomo, entre otros, los cuales no han sido adquiridos para todas las unidades operativas hasta ahora y los que se encuentran en existencia tienen muchos años de uso. La misma situación se observa en lo que respecta a materiales de impresión y acrílicos, lo cuales podrían ser muy útiles en lo que se refiere al tratamiento de las maloclusiones.

Cabe destacar que dentro de las alteraciones del sistema estomatognático detectadas en la matricula escolar evaluada por el en el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas 2005-2007, a través del diagnostico bucal realizado, las maloclusiones se encuentran en segundo lugar, precedido por la caries dental.

Lo expuesto anteriormente ratifica la necesidad de capacitar al odontólogo general en las áreas de ortopedia y ortodoncia interceptiva para la atención temprana de este tipo de alteraciones bucales, pues este tipo de tratamiento es considerado como prevención especifica y limitación del daño, ya que su abordaje oportuno evita en el 75% de los casos la necesidad de aparatología fija, al restituir la armonía oclusal y eliminar hábitos bucales nocivos.

Para finalizar el análisis correspondiente con este objetivo específico es importante señalar que actualmente la dotación de las Unidades Básicas Operativas se lleva a cabo por dos vías, la dotación que se realiza anualmente por el MPPE a nivel central y la que debería ser periódica a través de las zonas educativas del MPPE de cada Estado, con la partida que se le asigna a la División de Protección y Desarrollo Estudiantil. Lamentablemente este proceso de asignación no se realiza de manera articulada entre nivel central y zonal lo que afecta la dotación periódica, oportuna y eficiente de los servicios.

Otro aspecto a resaltar es la estimación obtenida de los materiales, instrumental, insumos etc., requeridos anualmente por cada servicio, lo que facilita el proceso de planificación anual, en lo que respecta a la solicitud de ajuste presupuestario de estas partidas, para la adquisición y compra de los mismos.

Por lo antes expuesto es importante que las autoridades correspondientes consideren la posibilidad de revisar y reestructurar la secuencia y logística de este proceso de adquisición compra y distribución a objeto de incrementar los niveles de eficiencia y eficacia en lo que respecta a la dotación de las Unidades Básica Operativas, como uno de los pilares fundamentales para el éxito de cualquier gestión.

5.2 Resumen del diagnóstico realizado en el área odontológica MPPE a nivel del Municipio Libertador Distrito Capital:

En líneas generales se pudo determinar que la mayoría (55,5%) de los servicios que fueron seleccionados como muestra cumplen con los criterios básicos de operatividad y un (42,2%) no cumplen con los requerimientos de operatividad, aunque la deficiencia que estos presentan pueden ser satisfechas con la contratación de personal técnico especializado en equipos odontológicos, que permitan para retomar y mantener las acciones de mantenimiento de estos equipos. De la misma manera se puede ejecutar los procedimientos administrativos que contemplan las Zonas Educativas para el traslado de instrumental y materiales de un servicio que no se encuentre en funcionamiento a otro que este operativo.

No obstante con respecto a la normativa vigente se determino que la misma no precisa la modalidad de atención en el área odontológica, metas ni impacto esperado, no se precisan normas para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas.

Con respecto a la capacidad humana con la que cuenta el MPPE en el área odontológica, se determino que es insuficiente y esta mal distribuida a nivel del Municipio Libertador. En tal sentido se realizo la estimación para determinar la necesidad de contratación en base a los parámetros nacionales e internacionales y considerando tota la matricula escolar del Municipio Libertador de la primera y segunda etapa; obteniendo como resultado que el número de profesionales y personal auxiliar requeridos ascendería de acuerdo al parámetro internacional 416 odontólogos y 832 higienistas dentales, mientras que para el parámetro nacional el número seria de 178 profesionales y 356 higienistas dentales.

Y para finalizar al aplicar el instrumento N° 3 se pudo estimar las necesidades de dotación de las Unidades Básicas Operativas para un año académico, lo que pudo evidenciar que existe un predominio solicitud de instrumental y materiales en el área de restauradora, cirugía, prevención específica, endodoncia y aparatología removible.

Por lo antes expuesto tomando en cuenta la información obtenida, la misma será considerada como punto de partida en el capitulo VI para el diseño de la Propuesta de Reestructuración Operativas de los Servicios Odontológicos que posee el MPPE en el Municipio Libertador del Distrito Capital.

Brindar atención odontológica integral a la matricula escolar que posee el Ministerio del Poder Popular para la Educación (educación inicial, básica y bachillerato), que contribuya y facilite el proceso de formación y prosecución estudiantil de manera oportuna, a través de las Unidades Básicas Operativas, con elevada calidad, igualdad y equidad, para todos(as) sus beneficiarios. (Fernández, Aymar. 2010)

6.2 Visión:

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente con la Misión del MPPE, se procedió de la misma manera a evaluar la Visión macro del este Ministerio la cual plantea:

> "Disponer de hombres y mujeres con una formación acorde a las necesidades de la Sociedad, con pertinencia social, emprendedores, solidarios, activos, éticos y comprometidos con el Desarrollo Socio-político y económico del País.
> Partiendo de esta Visión se podría concluir que para disponer de hombres y mujeres emprendedores, solidarios, activos y comprometidos con el País, el Estado debe garantizar su derecho y bienestar social a la salud, a través de políticas que conduzcan a ese objetivo". *(MPPE. 2010)*

En tal sentido el MPPE, contempla dentro de su política educativa la atención integral de los alumnos (as) de cada sub sistema educativo, por medio de Programa de Bienestar y Desarrollo Estudiantil que tiene la Dirección Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil a través de sus Unidades Básicas Operativas.

En base a lo planteado anteriormente se establece como Visión del Plan, lo siguiente:

> *"Atender desde las Unidades Básicas Operativas que posee el MPPE a la matricula escolar evaluada por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas durante el 2005-2007, en el Municipio Libertador. Distrito Capital, de manera integral (curativa y preventiva), para ser dados de alta el 75% en un lapso de tres años académicos, haciendo uso eficiente de los recursos materiales y talento humano existente dentro del seno de la institución."(Fernández, Aymar. 2010)*

6.3 Objetivos Estratégicos del Plan:

El diseño de esta propuesta se ha proyectado como un Plan de cambio para el funcionamiento y de atención, que contempla dos objetivos específicos y cinco objetivos terminales a saber:

6.3.1 Definir la modalidad de atención para los tratamientos preventivos y curativos individuales a realizar en las Unidades Básicas Operativas seleccionadas como "Centros Pilotos".

6.3.1.1 Establecer las normas de evaluación (indicadores de gestión) a considerar durante la ejecución del Proyecto y para el registro de información

6.3.1.2 Estimar las metas que se esperan alcanzar con la ejecución del Plan.

6.3.2 Definir la modalidad de atención para las actividades de promoción de la salud y los tratamientos preventivos colectivos a realizar desde las Unidades Básicas Operativas seleccionadas como Centros Pilotos en los planteles donde se están realizando procedimientos preventivos curativos y rehabilitadotes.

6.3.2.1 Metodología para las aplicaciones tópicas de Flúor en el aula de clases.

6.3.2.2 Presentar una guía para escolares dirigida a los alumnos(as) para el desarrollar actividades permanentes de promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades bucales.

6.4 Estrategia de Atención:

Se orienta a la utilización eficiente de los recursos y talento humanos existente, por medio de la integración de la red de atención odontológica destinada a ofrecer dentro del primer nivel de atención de salud, tratamientos preventivos y curativos con universalidad y equidad a la matricula escolar evaluada por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas durante el periodo 2005-2007. En el Municipio Libertador. Distrito Capital.

Este Plan se propone el funcionamiento dos (2) o tres (3) Servicios Odontológicos por Distrito Escolar, totalizando un número de cinco en todo el Municipio Libertador; tomando en cuenta las Parroquias diecisiete (17) que este abarca y la posibilidad de acceso de la población que acudirá al mismo.

Los servicios odontológicos seleccionados para poder desarrollar la propuesta, forman parte de la infraestructura que posee el MPPE, la cual fue evaluada a través del diagnóstico de campo realizado durante esta investigación en las Unidades Básicas Operativas (servicios odontológicos) seleccionadas como muestra, detalladas en el capitulo V. Estos servicios odontológicos seleccionados fueron once (11) en total y se denominarán a partir de este momento "Centros Pilotos".

6.4.1 Servicios Odontológicos Seleccionados:

A continuación se mencionan los servicios odontológicos seleccionados como "Centros Pilotos", en el Municipio Libertador:

- **Distrito Escolar N° 1:** Centro Comunitario de Protección y Desarrollo Estudiantil (CCPDE) Cochecito y Liceo Nacional Santiago Key Ayala.
- **Distrito Escolar N° 2:** Liceo Bolivariano Andrés Bello; Liceo Bolivariano Rafael Urdaneta y Liceo Nacional Teresa Carreño.
- **Distrito Escolar N° 3:** CCPDE-ARTIGAS con sede en la U.N.B Miguel Villavicencio; Liceo Nacional Caracas y Liceo Nacional Aplicación.
- **Distrito Escolar N° 4:** U.E.N Mireya Venegas y E.N Tomas Vicente González.
- **Distrito Escolar N° 5:** CCPDE-23 Enero con sede en el Liceo Nacional Manuel Palacios Fajardo y el Liceo Nacional Miguel Antonio Caro.

Las ubicación y dirección de cada uno de los Centros Pilotos se detallan en el (Anexo N° 4)

6.4.2 Cobertura Programada:

Cada Centro Piloto tendrá una población cobertura determinada por la matricula de alumnos(as) del plantel donde se encuentre ubicado la Unidad Básica Operativa (servicio odontológico) y también por la matricula escolar foránea que sea referida del Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas, perteneciente a ese Distrito Escolar u otro, cuando la atención clínica especializada así lo amerite.

La matricula escolar a ser atendida por este Plan se orientara de manera inicial a la que ha sido evaluada por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas, durante los años 2005-2007. Sin embargo aquellos planteles que alberguen la sede de los Centros Pilotos también pasaran a ser atendidos prioritariamente hasta tanto se logre satisfacer la demanda de atención acumulada; siempre y cuando la matricula escolar beneficiaria, cumpla a cabalidad con la normativa de atención establecida.

En tal sentido se plantea establecer tres días de la semana para la atención programada de la matricula escolar del plantel sede (lunes, miércoles y viernes) y dos días para la matricula foránea (martes y jueves), en el horario matutino y vespertino.

Por lo antes expuesto se plantea desarrollar dentro de la modalidad de atención algunas variantes entre la matricula interna y la foránea (externa).

6.5 Modalidad de Atención:

En este punto del Plan se desarrollo lo correspondiente al objetivo N° (6.1.1) de este Capitulo, para lo cual se propone:

La modalidad de atención a desarrollar esta basado por el Sistema de Atención Incremental, el cual ya ha sido implementado en nuestro país; quedando demostrada su eficacia (Universidad de Carabobo. 1997-1998); cuyo propósito es controlar la incidencia de caries dental y disminuir al máximo las necesidades de atención, logrando con esto mejorar sustancialmente la condición de salud bucal de la población atendida.

Sin embargo este Plan contemplo ciertas modificaciones a este metodología a pesar de la eficacia del mismo a objeto de perfeccionarlo, incorporándole lo que se denomino "El aula de la salud", la cual consiste en adecuar un área física acondicionada como aula de clases , en el mismo plantel donde se encuentre la sede de los Centros Pilotos, lugar este donde se le impartirán las clases al plantel foráneo los días que el mismo este siendo atendido, lo que permitirá garantizar la presencia de los alumnos(as) en el área de atención sin

alterar el desarrollo de la programación y contenidos académicos, además de coordinar las variantes existentes entre la matricula interna y foránea a tratar.

6.5.1 Componentes del Sistema de Atención Incremental:

6.5.1.1 Promoción y Educación para la Salud (fomento), dirigido a todos los actores sociales involucrados en el proceso educativo (alumnos(as), familiares, maestros y comunidad educativa.

6.5.1.2 Protección Específica, por medio de la aplicación de sellantes de puntos y fisuras en primeros molares permanentes, los cuales hacen su aparición entre los cinco y seis años.

6.5.1.3 Tratamiento clínico individualizado de las afecciones bucales para recuperar la salud a cada uno de los alumnos que conforman la matricula escolar evaluada por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas.

6.5.1.4 Capacitación y entrenamiento previo del equipo que conforma el personal del Centro Piloto, a objeto de sensibilizar y motivar el talento humano a participar, dar a conocer las metas y plazos del Plan; así como también garantizar el registro de información y funcionamiento de los "Centros Pilotos".

6.6 Metodología del Sistema de Atención Incremental.

6.6.1 Categorías de Atención:

a) Fase activa (A), esta fase indica que el alumno esta bajo tratamiento.
b) Fase de mantenimiento (M), esta fase indica que el alumno atendido y dado de alta, pero continua bajo vigilancia.
c) Fase de emergencia. (E) aquellos alumnos que no están siendo atendidos en la fase A y presenten alguna necesidad de tratamiento, la misma le será atendida puntualmente.

6.6.2 Tiempo de Aplicación:

Tres años académicos.

alterar el desarrollo de la programación y contenidos académicos, además de coordinar las variantes existentes entre la matricula interna y foránea a tratar.

6.5.1 Componentes del Sistema de Atención Incremental:

6.5.1.1 Promoción y Educación para la Salud (fomento), dirigido a todos los actores sociales involucrados en el proceso educativo (alumnos(as), familiares, maestros y comunidad educativa.

6.5.1.2 Protección Específica, por medio de la aplicación de sellantes de puntos y fisuras en primeros molares permanentes, los cuales hacen su aparición entre los cinco y seis años.

6.5.1.3 Tratamiento clínico individualizado de las afecciones bucales para recuperar la salud a cada uno de los alumnos que conforman la matricula escolar evaluada por el Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas.

6.5.1.4 Capacitación y entrenamiento previo del equipo que conforma el personal del Centro Piloto, a objeto de sensibilizar y motivar el talento humano a participar, dar a conocer las metas y plazos del Plan; así como también garantizar el registro de información y funcionamiento de los "Centros Pilotos".

6.6 Metodología del Sistema de Atención Incremental.

6.6.1 Categorías de Atención:

a) Fase activa (A), esta fase indica que el alumno esta bajo tratamiento.
b) Fase de mantenimiento (M), esta fase indica que el alumno atendido y dado de alta, pero continua bajo vigilancia.
c) Fase de emergencia. (E) aquellos alumnos que no están siendo atendidos en la fase A y presenten alguna necesidad de tratamiento, la misma le será atendida puntualmente.

6.6.2 Tiempo de Aplicación:

Tres años académicos.

6.6.3 Registro de Información Epidemiológica:

6.6.3.1 Estudio Epidemiológico Bucal Inicial: Debe ser realizado al momento de elaborar la Historia Clínica, para lo cual se empleara el índice CPOD (Klein y Palmer) y ceod (Grubbel) según las edades de los alumnos(as) a tratar, así como también el índice de higiene oral simplificado para determinar el grado de higiene bucal.

6.6.3.2 Historia Clínica:

Es un documento legal, que debe contener información sobre el estado de salud general de los alumnos(as), el consentimiento legítimamente declarado por sus representantes (autorización de su representante para que el representado sea atendido), registro de la condición bucal tejidos duros inicial y final (odontodiagrama) y tejidos blandos, información radiográfica, examen de oclusión; registro e datos para el cálculo de índices bucales, diagnóstico, plan de tratamiento y el control de actividades. pacientes del Plan (asistencias a las citas, actividades de Promoción y Prevención de la Salud). (Anexo N° 5).

6.6.4 Esquema de trabajo para la matricula interna:

Los grados académicos a atender en la Fase (A), serán: primero, quinto y sexto grado, destinando para su atención los días lunes, miércoles y viernes respectivamente en los dos turnos matutino y vespertino. La fase (E) de emergencia se realizara en los grados: segundo, tercero y cuarto.

Luego para el segundo año del Proyecto se realizara la Fase (M) de mantenimiento a la matricula de los grados: segundo y sexto, la Fase (A) de atención a los primeros, cuartos y quintos grados. La fase (E) de emergencia para los terceros grados.

Y finalmente para el tercer año del Plan se realizara la Fase (M) de mantenimiento a la matricula de los segundos, terceros, quintos y sextos grados, la Fase (A) a primer y cuarto grado. La fase (E) de emergencia se prevé para casos muy puntuales (traumatismos) para todos los grados de ser necesario, como se muestra en el (cuadro N° 13)

Cuadro Nº 13

Metodología del Sistema de Atención Incremental en las Escuelas de Educación Básica

AÑO	I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	V GRADO	VI GRADO
1	A	E	E	E	A	A
2	A	M	E	A	A	M
3	A	M	M	A	M	M

Fuente: Ángel Fermín y Beatriz Biardeau, Profesor Asociado e Instructor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. 1999.

Leyenda:

- **A:** Esta siendo Atendido
- **M:** Ya fue atendido y se realizan actividades de prevención específica, promoción de la salud y vigilancia.
- **E:** No están siendo atendidos pero se les atenderán las emergencias en dado caso que se presenten.

De existir cursos de preescolar en esos planteles los mismos deberán ser vistos durante el primer año del Plan y el esquema se ajustaría de la manera como se expone en el (cuadro Nº 14), lo que requerirá de un incremento del personal tanto profesional como auxiliar, así como de los equipos, lo cual podría solventarse con unidades odontológicas portátiles con succión.

Cuadro Nº 14

Metodología del Sistema de Atención Incremental en las Escuelas que posean Educación Inicial y Básica

AÑO	I PRE-ESCOLAR	II PRE-ESCOLAR	I GRADO	II GRADO	III GRADO	IV GRADO	V GRADO	VI GRADO
1	A	A	E	E	E	E	A	A
2	A	M	M	E	A	A	M	M
3	A	M	M	M	A	M	M	M

Fuente: Propia producto de la documentación revisada de Ángel Fermín y Beatriz Biardeau, Profesor Asociado e Instructor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. 1999.

Leyenda:

- **A:** Esta siendo Atendido
- **M:** Ya fue atendido y se realizan actividades de prevención específica, promoción de la salud y vigilancia.
- **E:** No están siendo atendidos pero se les atenderán las emergencias en dado caso que se presenten.

Con respecto a las actividades de Promoción de la Salud y Prevención específica se desarrollaran de lunes a viernes por el personal auxiliar con el acompañamiento del odontólogo que este certificado como jefe del servicio. La metodología propuesta para estas áreas se expondrá más adelante.

6.6.5 Esquema de trabajo para la matricula externa:

Los días de atención para los planteles foráneos serán los martes y jueves, para lo cual, se plantea incorporar a esta metodología de atención incremental, el concepto del aula de salud, que consiste en habilitar un aula de clases en el especio físico donde se encuentre ubicado el Centro Piloto a objeto de trasladar de manera permanente al grupo que este siendo atendido (el cual debe estar ubicado en el mismo Distrito Escolar), en la

Fase (A) a este espacio con su docente titular y auxiliar para que realicen sus actividades docentes, y solo será interrumpida la actividad del alumno cuando este tenga que ser atendido clínicamente. Esta estrategia garantiza la presencia de todo el curso y evita el ausentismo al Plan por los problemas de traslado de un plantel a otro.

En cuanto al esquema de atención se hará de la misma manera que se expuso para la matricula interna pero los días que le corresponde a la externa, así como también se desarrollan esos días las actividades de Promoción de la salud y prevención específica en el aula de la salud al grupo que este siendo atendido.

6.6.6 Promoción de la Salud y Prevención Específica Colectiva:

6.6.6.1 Desarrollo de estrategias fundamentales para la Promoción de la Salud Bucal:

a) Acciones destinadas a sensibilizar a los docentes, personal directivo, administrativo, obrero y representantes, antes de iniciar las actividades, para lo cual se puede aplicar tomar como punto de partida el material didáctico "Guia Auto-Instruccional para la Detección de Problemas Bucales en la Población Escolar Educación Pre-Escolar Básica 1ra y 2da Etapa. (Acosta P. Aurora, Ortega M. Heilys. Garcia A. Marcial. 1997) Comisión Nacional de Promoción y Protección de la Salud actualmente denominado Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil. MPPE; adaptando dichos contenidos con estrategias y recursos audiovisuales vigentes y de fácil comprensión.

b) Conformar grupos o brigadas de Promotores de Salud Integral conformada por los alumnos de la segunda etapa de educación básica (cuarto, quinto y sexto grado), quienes estarán bajo la tutela y orientación del personal auxiliar del Centro Piloto y la supervisión del odontólogo jefe del Centro Piloto.

6.6.6.2 Actividades de Prevención Colectiva:

- **Aplicaciones Tópicas de Flúor:**

  Tomando en cuenta los protocolos de internacionales y nacionales se sugiere realizar este procedimiento con la participación del personal auxiliar en odontología y con la capacitación e incorporación de la Brigada de Promotores de Salud Integral (PSI), explicada con mayor detalle el procedimiento para la aplicación tópica de flúor en el (Anexo N° 6)

- **Práctica diaria de higiene bucal a través de acciones educativas:**

Esta actividad se deberá ejecutar en cada uno de los grados de las escuelas como parte de la rutina diaria, ya sea con el uso de cepillos dentales si las condiciones de los baños a si lo permitan o bien con el uso de gasas en el aula de clases. (Anexo N° 7).

- **Educación Odontológica continua a los escolares:**

Para el proceso de educación continua la misma estará orientada a la ejecución semanal de actividades con la aplicación de estrategias pedagógicas y lúdicas (charlas, demostraciones, sociodramas, videos, obras de teatro, cuñas radiales, titeres etc.); acordes con la madurez cronológica de los alumnos(as), que permitan llevar los contenidos en materia de salud integral de una manera amena.

Las estrategias propuestas se exponen con mayor detalle en la guía de promoción de la salud para escolares (Anexo N° 8)

6.7 Talento Humano requerido:

6.7.1 Centros Pilotos con una unidad odontológica:

- Se requieren tres (3) profesionales de la odontología capacitados o especializados en el área de Odontopediatría, quienes trabajaran: uno en el turno matutino y el otro vespertino y el tercero ejercerá funciones de jefatura del servicio y además de manera alterna podrá desarrollar funciones asistenciales, al cubrir la ausencia de

alguno de los otros profesionales por alguna razón justificada y también con la incorporación de equipos odontológicos portátiles a objeto de aumentar la cobertura estimada.

- Se requieren tres (3) Higienistas Dentales (personal auxiliar), por cada profesional de la odontología, que ejerza funciones asistenciales a objeto asignar un personal auxiliar a la asistencia técnica al odontólogo(a) (trabajo a cuatro manos), manejo y control del registro de información y procedimientos administrativos. Y el resto estarán destinados a cumplir con las actividades a desarrollar en el área de Promoción de la Salud y Prevención Específica de manera colectiva, es decir el trabajo día a día con la comunidad escolar (Brigadas de Promotores de Salud Integral, Docentes, Representantes, personal Directivo, Administrativo y Obrero). Cabe destacar que este personal auxiliar si bien se encargara como objetivo primordial de desarrollar contenidos en el área de la salud bucal, deberá también realizar actividades que promuevan la visión de la salud integral como un todo y no como un conocimiento parcelado, es decir que los mismos no se limitaran a impartir contenidos del área bucal, sino también desarrollaran contenidos de la salud en general (alimentación, higiene bucal y general y medio ambiente).

6.7.2 Centros Pilotos con dos unidades odontológicas:

- Se requieren cinco (5) profesionales de la odontología capacitados o especializados en el área de Odontopediatría, quienes trabajaran dos en el turno matutino y dos en el turno vespertino y el quinto que ejercerá funciones de jefe del servicio, desarrollando de manera alterna funciones asistenciales de ser necesario, como se expuso en el punto anterior.
- Se requieren dos (2) Higienistas Dentales (personal auxiliar); es decir, estiman en este caso dos por cada profesional de la

odontología,, con las mismas funciones que se detallaron en el punto anterior.

6.8 Metas del Plan:

6.8.1 - Metas idealizadas a considerar para la ejecución del Plan:

La metodología empleada para determinar las metas y parámetros a considerar a para la evolución de este Plan, se baso en la definición de la matricula que será beneficiaria, así como también los parámetros que deben ser considerados como unidades de medida para el cálculo de los índices operacionales; obteniendo de esta manera indicadores de gestión operativos del Plan, para poder definir de esta manera las metas a lograr. Una vez establecidos estos parámetros, los mismos serán tomados como punto de referencia inicial para el registro de información durante la ejecución y la evaluación del Plan.

En base a lo expuesto anteriormente se prevé que durante la ejecución del Plan atender una matricula de 17892 alumnos que fueron evaluados durante los años 2005-2007. No obstante a este total se le cálculo un de crecimiento vegetativo de 2,5 porcentual en tres años. No obstante todas estas metas se detallan con exactitud en el (Cuadro N° 15)

6.8.1.1 Cobertura:

- Total: Número total de alumnos(as) beneficiarios que se estiman atender: Diez y ocho mil trescientos treinta y nueve (18339), en todo el Distrito Capital.
- Anual: matricula escolar a atender anualmente seis mil ciento trece (6113) alumnos(as), es decir el 33,3% anual en todo el Distrito Capital.

6.8.1.2 Concentración de actividades por cada alumno(a):

- Se estima un total de 12 actividades por alumno(a) para ser dado de alta.

- Se espera sea dado de alta en los casos más complejos, en nueve (9) citas promedio, de las cuales se realizan ocho (8) en el consultorio dental en donde se espera realizar en cada una de ellas, lo siguiente:

- Primera consulta: Adaptación del niño(a) a la consulta, control de placa, Historia Clínica y enseñanza de la Técnica de Cepillado.
- Segunda cita: Aplicación de Sellantes de Fosas y Fisuras en los molares sanos.
- Tercera a la Quinta cita: Realizar los tratamientos de operatoria y obturaciones definitivas.
- Sexta y Séptima cita: procedimientos de endodoncia en dientes temporales.

En la última cita de tratamiento (fase A) se hará de manera colectiva, en el aula a cargo de la Higienista Dental para la aplicación tópica de Flúor y reforzamiento de la técnica de cepillado y el uso del hilo dental.

6.8.1.3 Tiempo Operacional:

Es el tiempo empleado por el profesional en la atención del paciente, puede variar según el procedimiento a realizar.

Sin embargo tomando en cuenta que la población a la cual se le brindará atención, la misma esta dentro del grupo etáreo infantil comprendido entre 4 a 12 años. Se contemplará entonces un tiempo operacional de dos pacientes por hora, es decir media hora con cada paciente.

6.8.1.4 - Grado de Uso de los Centros Pilotos:

Consiste en contabilizar los días en los cuales los servicios odontológicos se encuentren en funcionamiento. En este caso el grado de uso estará basado en el calendario académico anual, estimando lo siguiente:

El año tiene 365 días de los cuales, se les restaron 104 días que suman el total de sábados y domingos, quedando un total de 261 días, a los que se les restaron nuevamente un total de 41 días feriados según calendario escolar, quedando un total de 220 del año considerados como turnos laborables.

6.8.1.5 Rendimiento Instrumental:

Este índice busca medir la eficacia del talento humano que lleva a cabo la atención a los escolares, para lo cual se estima que por turno clínico se atiendan un total de 10 pacientes en cinco horas.

Una vez definido el grado de uso de cada servicio, el número total once (11) "Centros Pilotos" como mínimo, en todo el Distrito Capital, que trabajaran en el turno matutino y vespertino para un total de 22 odontólogos (as) y una jornada laboral por turno de cinco (5) horas, permiten determinar que el rendimiento instrumental de Proyecto deberá ser de:

Rendimiento Instrumental: **Días x Od. x Hora/día**

220 x 22 x 5 = 24.200

6.8.1.6 Rendimiento de actividades por hora:

Actividades clínicas promedio por hora depende del procedimiento a realizar, pero oscila entre 4 a 5 procedimientos curativos y 8 actividades de prevención específica (aplicaciones individuales de flúor, aplicaciones de sellantes de fosas y fisuras y enseñanza de técnica de higiene bucal).

Para finalizar este punto y a objeto de simplificar lo expuesto anteriormente se expone cuadro resumen de las metas idealizadas para el plan cuadro (N° 18).

Cuadro N° 15

Metas Idealizadas para el Plan de Cambio

Indicadores Operacionales de los Centros Pilotos	Qué Determina	Metas a lograr por conglomerado de la atención ofrecida en los Centros Pilotos	Lapso
Cobertura programada anual	El número de alumnos(as) que deben ser atendidos en un año.	Número de alumnos(as) seis mil ciento trece (6113), atendidos y dados de alta, (33,3%) de la cobertura total.	Un año académico
Cobertura programada total	El número de alumnos(as) que deben ser atendidos al finalizar el plan .	Número de alumnos(as) diez y ocho trescientos treinta y nueve (18339), atendidos y dados de alta, (100%) de la matricula.	Tres años académicos
La concentración de actividades por cada alumno(a)	El número de actividades a realizar por persona para ser dado de alta	Doce (12) actividades por alumno(a) a saber: Cuatro (4) aplicaciones de Sellantes de Fosas y Fisuras, cuatro (4) restauraciones definitivas, dos (2) pulpotomias medicamentosas, una (1) aplicación tópica de flúor y enseñanza de la técnica de higiene bucal (cepillado y uso del hilo dental).	Nueve (9) citas
Tiempo Operacional	Es la unidad de tiempo establecida para la atención de cada paciente	Dos (2) pacientes por hora	Una (1) hora
Grado de Uso	El uso eficiente de los recursos asignados al plan (infraestructura y personal)	220 días laborables	Un año académico
Rendimiento Instrumental por turno clínico	La cantidad de alumnos(as) que deben ser atendidos en un turno clínico	Diez (10) pacientes por turno	Cinco (5) horas
Rendimiento del personal por hora con el apoyo del personal auxiliar	La destreza que se espera del profesional odontológico en la realización de los procedimientos bucales	Cuatro a cinco Actividades o procedimientos curativos Ocho (8) Actividades de Prevención específica.	Una (1) hora

Fuente: Propia producto de la documentación revisada y los cálculos realizados.

6.9 Diseño de manual de normas para el funcionamiento de los Centros Pilotos:

Este diseño de manual deberá ser discutido y aprobado por la Coordinación y Dirección Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil del MPPE. Una vez aprobado el manual de normas se debería realizar una mesa técnica con el personal que formara parte del talento humano dentro del Proyecto para su consulta y observaciones respectivas. El manual de normas tiene como finalidad unificar y establecer lineamientos para el funcionamiento del servicio, el cual se expone de manera detallada en lo que se refiere a las normas de los profesionales de la odontología, el personal auxiliar, personal de limpieza, los protocolos de esterilización, manejo de desechos tóxicos y el registro de información. Este manual se detalla en el (Anexo N° 9) y responde al propósito del objetivo terminal señalado N° 6.1.1.2 de esta investigación.

6.10 Registro de información que deberá llevarse para el funcionamiento de cada uno de los "Centros Pilotos":

Los Instrumentos a utilizar tienen la finalidad de estandarizar el registro de información obtenida de las actividades realizadas, así como también la facilidad de procesar la información de manera rápida y confiable.

En este sentido se han considerado como formatos para el registro de información del Plan:

- Historia Clínica. (Anexo N° 5)
- Consentimiento Legitamamente declarado (Anexo N° 10)
- Consolidado semanal, mensual y semestral, donde se registran las actividades realizadas en cada turno clínico con el nombre de los pacientes, edades, sexo, grado y sección. (MPPE. Programa Nacional de Salud 1997)
- Listado para la remisión de casos. (MPPE. Programa Nacional de Salud 1997)

- Modelo de referencia de pacientes. (MPPE. Programa Nacional de Salud 1997)
- Registro de las aplicaciones tópicas de flúor. (Anexo N° 6)
- Registro de actividades de Promoción de la salud. (MPPE. Programa Nacional de Salud 1997).
- Reporte de fallas en los equipos odontológicos. (MPPE. Programa Nacional de Salud 1997).
- Modelo para la elaboración de Recipes. (MPPE. Programa Nacional de Salud 1997).

6.11 Seguimiento, Evaluación y Control del Plan:

6. 11.1 Seguimiento:

El proceso de control se inicia desde la puesta en marcha del plan de cambio, para lo cual se requiere un registro riguroso de la información (monitoreo estratégico) en los formatos diseñados para tal fin a objeto de realizar un seguimiento constante (mensual) de los resultados obtenidos en cada uno de los Centros Pilotos, y la relación que estos datos guardan con la estimación de las metas idealizadas. Todo esto con la finalidad de hacer modificaciones tácticas necesarias de forma coherente y oportuna, acordes con la realidad que se ira presentando.

Dentro de los aspectos a considerar están:

La eficiencia o aprovechamiento de los recursos.

La eficacia o logro del objetivo de cada acción.

La efectividad porque en la medida en que este presente se fortalecerá el avance de la misión, visión, los objetivos y su incidencia sobre los problemas a cambiar.

6.11.2 Evaluación:

La fase de evaluación del plan consta de la agrupación de los datos obtenidos de todos los Centros Piloto, la cual se hará cada cinco meses, es decir dos veces durante el año escolar, empleando como parámetros de referencia los criterios para la evaluación (indicadores de gestión) señalados con detalle y rigurosidad en este capitulo.

En esta fase no solo se pretende comparar el alcance de las metas idealizadas, sino también el mantenimiento en cuanto a la disminución del perfil epidemiológico bucal de la matricula escolar atendida durante los tres años de ejecución del plan, pues será este el termómetro que indicara el alcance de las estrategias desarrolladas en lo que respecta al fomento de la salud para la adquisición de hábitos de vida saludables, debido a que del arraigo de los mismos garantiza y determina el alcance o impacto del plan de cambio y sostenibilidad de esta propuesta en el tiempo.

6.11.3 Normas a considerar para la evaluación del Plan:

Estas normas se fundamentan en base al cálculo de índices operaciones que permiten la obtención de indicadores de gestión y responden a lo planteado en el objetivo terminal N° 6.1.1.1.

En tal sentido se detallan en el tabla (N° 5) con la finalidad de facilitar la forma de calculo de cada indicador.

Tabla Nº 5

Normas para la Evaluación del Plan (Indicadores de Gestión)

Indicador de Gestión	Finalidad del Indicador	Formula de Cálculo
Cobertura Lograda	Se refiere a la población atendida durante el año analizado	Cobertura Lograda = Primeras consultas x 100 / Población ideal
Impacto del Programa	Mide el porcentaje de cobertura lograda sobre el porcentaje de cobertura programada	% cobertura programada = Primeras consultas x 100 / Población a ser atendida
Concentración	Es el número de actividades que se repiten en una misma persona:	Concentración = Número de actividades realizadas / Primeras consultas
Rendimiento Observado	Determina el número de consultas realizadas por la unidad instrumental de tiempo 1 hora.	Rendimiento Observado = Total consultas / Instrumento Programado
Grado de Utilización Instrumental	Sirve para establecer la relación porcentual entre el rendimiento alcanzado por el instrumento y el rendimiento normalizado durante la planificación del Plan	Grado de utilización Instrumental = Rendimiento observado x 100 / Rendimiento normado
Porcentaje de Clínicas logradas	Es el porcentaje de turnos clínicos trabajados sobre el total de turnos clínicos programados.	Porcentaje de clínicas logradas = Clínicas logradas x 100 / Clínicas programadas
Consultas por Alta	Es la relación de concentración de citas por cada paciente terminado. En el caso de adultos los valores normales son entre 4 a 6 citas, pero en el caso de población infantil esto varia, hasta 9 citas	Consultas por alta = Trabajo total Consultas / Alta
Índice de atrición o Pérdida	Representa el fracaso en alcanzar el objetivo de dar a los pacientes de alta. Cuanto menor sea el índice, mejor será el programa	Índice de Atrición o Pérdida = Primeras consultas – altas x 100 / Primeras Consultas
Índice de conservación de Dientes Permanentes	Mide la capacidad del proyecto de conservar funcionalmente los dientes permanentes por el mayor tiempo de vida posible, evitando la extracción de los mismos	I.C.D.P = Nº de dientes obturados x 100 / Nº de dientes perm. Obt.+ dientes perm. extraídos.

Fuente: Universidad Central de Venezuela. Dirección de Extensión (2005).

6.11.4 Criterios para la Evaluación del Plan:

Estos parámetros son de juicio subjetivo, que busca medir las condiciones en las que se ha desarrollado el Plan de cambio, los cuales se muestran con mayor detalle en la tabla (N° 6).

Tabla N° 6

Criterios para la Evaluación del Plan

Indicador	Finalidad	Forma de cálculo
Efectividad	Calcula por la relación entre objetivos alcanzados entre los objetivos propuestos	Efectividad = Obj. Alcanzados / Obj. Propuestos
Eficiencia	Mide el grado de utilización real y efectiva de los recursos en base a la utilización programada	Eficiencia = Utilización efectiva del recurso / Utilización Programada
Eficacia	Revela la capacidad administrativa para alcanzar las metas o resultados propuestos	Eficacia = Actividades Programadas / Actividades Realizadas

Fuente: Universidad Central de Venezuela. Dirección de Extensión (2005).

6.12 Implicaciones y Factores de Riesgo que pueden afectar el desarrollo del Plan de Cambio:

Durante la realización del plan de cambio, se realizo una auditoria organizacional a objeto de determinar las situaciones favorables y desfavorables que posee la organización por lo que elaboro una matriz de auditoria organizacional (tabla N° 7).

Tabla N° 7

Matriz Auditoria Organizacional

Análisis Externo POAM	Oportunidades	Amenazas
	Política Geográfica Social	Política si ocurre un cambio del gabinete ministerial y no hay continuidad del proyecto
Análisis Interno	**Fortalezas**	**Debilidades**

Perfil Capacidad Interna (PCI)	Directiva a Nivel Central del MPPE Talento Humano capacitado, comprometido y motivado.	Financiera Tecnológica Organizacional

Fuente: propia producto del análisis realizado durante el diagnóstico y la elaboración del Plan

Se consideraron una serie de elementos claves que deberán ser garantizados antes de iniciar la ejecución del mismo, ya que de lo contrario estará en juego el éxito del plan, las cuales se exponen a continuación:

6.12.1 Se requiere para su inicio y culminación, el compromiso y la voluntad política de las autoridades competentes del (MPPE), que garanticen los procedimientos legales, administrativos y presupuestarios necesarios para la ejecución del mismo y sostenibilidad en el tiempo, debido a que esta propuesta en la búsqueda de la eficiencia y reducción de gastos se ha planteado la movilización y traslado de personal y bienes de la nación dentro del mismo Ministerio y Municipio.

Cabe destacar que el compromiso institucional deberá ir acompañado de los oficios correspondientes a cada uno de los actores involucrados en orden jerárquico (nivel central, zonal, distrito escolar y personal directivo), a efecto de garantizar el desarrollo del mismo con el menor número de trabas burocráticas y obstáculos personalistas.

6.12.2 Se deberán extraer en calidad de préstamo, bajo acta y de carácter temporal por medio de la División Zonal de Administración y Servicios y la Coordinación Zonal de Bienes Nacionales de la Zona Educativa del Distrito Capital; cualquier instrumental, equipo (previamente identificado con su número de serial o marcado si es instrumental) y materiales, de aquellos servicios odontológicos del Ministerio de Educación que no se encuentren brindando atención; e incorporarlos en calidad de préstamo, bajo acta y de carácter temporal a los servicios odontológicos que funcionen como Centros Pilotos, con la finalidad de equipar en un 100% estos servicios odontológicos, con los recursos con los que dispone el MPPE, a la brevedad posible para iniciar el Plan a pesar de las limitaciones presupuestarias que pudieran existir durante el curso de este periodo académico.

6.12.3 Se deberá establecer un horario de atención para el funcionamiento de los Centros Pilotos, que estará acorde con el funcionamiento del plantel sede, por lo que se proponen el trabajo diario en dos turnos; uno matutino comprendido de 7:30 am a 12:30 pm y otro vespertino comprendido de 1:00 a 4:30 pm para las Escuelas Bolivarianas y de 1.00 a 5:00 pm para los Liceos Bolivarianos y Liceos Técnicos.

6.12.4 El personal asignado a los servicios odontológicos que funcionen como Centros Pilotos, deberán pertenecer en primer lugar a la nomina del Ministerio de Educación y en segundo lugar se podrá apoyar en la incorporación de profesionales y estudiantes del área; que se encuentren realizando labores de docencia servicio. No obstante es importante resaltar que para realizar la redistribución y ubicación del personal se tomarán en consideración: la carga horaria, días que labora y el horario en que asiste actualmente a su puesto de trabajo.

6.12.5 Los tratamientos a realizar deberán ser de carácter definitivo y limitar los procedimientos con provisionales, solo cuando el procedimiento de rehabilitación así lo requiera, a saber (pulpotomias y endodoncias).

6.12.6 Las metas que han sido idealizadas como normas para la evaluación (indicadores operacionales), se basan en una metodología de trabajo a cuatro manos, es decir el trabajo conjunto de profesional y personal auxiliar a fin de agilizar los procesos que se realizan en cada uno de los tratamientos y de esta manera aumentar el rendimiento del profesional.

La razón idealizada es de 3 Higienistas Dentales por cada odontólogo(a) y de 2 a 1 en caso de existir más de un odontólogo(a) por servicio.

6.12.7 Se deberá garantizar como disposición obligatoria del Plan un programa de mantenimiento preventivo, predictivo y resolutivo; permanente de secuencia quincenal o según requiera el caso para cada uno de los Centros Pilotos.

6.12.8 Debe contemplarse como parte del Plan las actividades de supervisión con funciones correctivas y pedagógicas orientadas al control, seguimiento y evaluación del Plan.

CAPITULO VII
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones:

Dentro de las reflexiones finales que genero esta investigación se podría expresar que en nuestro país existen muchos talentos humanos que han sido capaces de crear planes, programas y proyectos dentro del área social, con las características y contenidos necesarios para alcanzar el éxito en determinadas áreas. Sin embargo si se examinan las razones por las que muchas veces se agotan, son insostenibles y finalmente fracasan, se podría determinar que la falla casi siempre radica en la falta de planificación y organización para desarrollar cada uno de sus procesos, lo que dificulta considerablemente la evaluación y medición del impacto generado en la población.

Es por ello que producto del análisis realizado durante la elaboración de esta investigación se pudo determinar, que la propuesta realizada es totalmente viable y que su puesta en marcha permitirá incrementar la cobertura y el grado de uso de las Unidades Básicas Operativas que posee el (MPPE), así como también el rendimiento de los profesionales de la odontología y el personal auxiliar que en ellas laboran; siempre y cuando se apliquen los cambios en la organización y metodología de trabajo con los recursos existentes, sobre todo en lo que respecta al talento humano (personal), la cual a mi juicio considero es una de las inversiones más importantes que posee cualquier organización y que aunque su costo se considere elevado, es vital para desarrollar y mantener el compromiso, sentido de pertenencia institucional y motivación; pilares fundamentales para garantizar en gran medida el éxito de cada una de acciones que realiza el Estado Venezolano.

En tal sentido este diseño se visualizo y materializo en base a la metodología de gerencia estratégica a objeto de favorecer la articulación de recursos existentes y esfuerzos entre el Nivel Central y Zona Educativa del Distrito Capital, para

maximizar el funcionamiento operativo, (fomento de la salud, prevención y curativo) en los Servicios Odontológicos mencionados anteriormente.

El Plan de cambio propuesto, se elaboro con la finalidad de concatenar, con igual grado de importancia las acciones de Promoción y Prevención de la salud y las Curativas para el funcionamiento de las Unidades Básicas Operativas del (MPPE) en el Distrito Capital.

En tal sentido dicho Plan planteo realizar las actividades destinadas a la Promoción y la Prevención Colectiva en el Aula y las acciones curativas dentro de la infraestructura de los Centros Pilotos, aplicando la estrategia del sistema de atención incremental con algunas modificaciones a objeto de adaptarlo al tiempo establecido para la ejecución del Plan (tres años académicos), lapso durante el cual se espera alcanzar una cobertura programada del 75% de la matricula escolar seleccionada como beneficiaria (Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas 2005-2007 en el Municipio Libertador. Distrito Capital.

Para finalizar es importante destacar que este trabajo no solo se limito al diseño de los procesos, sino que además se genero contemplo la creación de instrumentos para el registro de la información, instructivos para el trabajo colectivo en el aula (guía escolar, aplicaciones tópicas de flúor, cepilleros dentales); y por ultimo un manual de normas para el funcionamiento de los Centros Pilotos.

7.2 Recomendaciones:

El diseño de este Plan ha sido producto de la experiencia de siete años de servicio en el área, partiendo del conocimiento y la dinámica del día en cuento a la gerencia y línea de trabajo que emana tanto la Coordinación Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil a Nivel Central del (MPPE) como a Nivel Zonal en el Distrito Capital, pudiendo observar que esta propuesta es totalmente viable haciendo uso de los recursos existentes. Aunque es importante resaltar que para garantizar el éxito de este plan y su sostenibilidad en el tiempo y que inclusive pueda ser considerado como un ejemplo a seguir en todas la Unidades Básicas Operativas del (MPPE) a Nivel Nacional debe incorporarse los siguientes elementos de manera seria y permanente, independientemente del Jefe o Director que se encuentre en el cargo.

1. Crear el espacio adecuado es decir, una la oficina encargada de recibir los registro de información Nivel Central del (MPPE), que se obtendrá a partir del inicio del Plan de cambio, a objeto de garantizar el resguardo adecuado de la misma y su procesamiento para poder realizar el seguimiento y la evaluación permanente durante su ejecución.
2. Designar un profesional de la odontología con formación académica en el área de la Salud Pública y Gerencia como coordinador el Plan de cambio en los Centros Pilotos, el cual tendrá que estar acreditado por la Dirección Nacional de Protección y Desarrollo Estudiantil del (MPPE), para ejercer esta labor con la garantía de poseer la autoridad formal para el desempeño de esta labor.
3. Publicar periódicamente los resultados del Plan de cambio, que permitan la información permanente de los actores sociales del Plan (odontólogos(as) y personal auxiliar) mantenerse al día con la evaluación del Plan de cambio, lo que a su vez influirá en el grado de

empoderamiento de los mismos con respecto al Plan y aumentara su grado de participación y apoyo con respecto al mismo.

4. Garantizar la actualización anual y permanente de los profesionales de la odontología y personal auxiliar en jornadas y congresos en áreas vinculadas con el Plan de cambio, como por ejemplo: Odontopediatria, Ortodoncia Interceptiva, Ortopedia, Endodoncia, Farmacología, Bioseguriadad, Esterilización, entre otras.
5. Crear una partida presupuestaria a nivel de la Zona Educativa del Distrito Capital del (MPPE), que contemple un presupuesto anual para la ejecución de un Programa de Mantenimiento, Preventivo, Predictivo y Resolutivo periódico (mensual o quincenal según sea el caso), de los equipos odontológicos existentes en las Unidades Básicas Operativas que pertenecen al (MPPE), en el Municipio Libertador.
6. Diseñar un Programa de Mantenimiento, Preventivo, Predictivo y Resolutivo para las Unidades Básicas Operativas, que contemple los procesos para el desarrollo del mismo, así como también la elaboración de formatos para el registro de información adecuado de la solicitudes, el servicio prestado, la compra de piezas, fecha de instalación, registro de seriales, entre otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouzahr, C. & Boerma T. (s.f). *Los sistemas de información sanitaria, pilares de la salud pública.* Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [Artículo en línea], Disponible: http: //www.who.int/bullentin/volúmenes/83/8/abouzahrabstract0805/es/index.html. Disponible: [2010, marzo 10]
- Acosta P. Aurora, Ortega M. Heilys. Garcia A. Marcial. (1997). *Guía Auto-Instruccional para la Detección de Problemas Bucales en la Población Escolar Educación Pre-Escolar Básica 1ra y 2da Etapa.* Caracas. Dirección de Asuntos Socio Educativos. Comisión Nacional de Promoción y Protección de la Salud. ME.
- Arias, Paola., Castillo Silvia., Ciaffi, Lilian., Guía M., Gutierrez N., Hernández F., Hurtado. Y., et al. (2005). *Trabajo Final. Seminario de Extensión Universitaria.* Pariaguan: Universidad Central de Venezuela.
- Bordoni, Noemi., Doño, Raquel., Miraschi, Clara. (1992). *Índices Epidemiológicos para Realizar Diagnóstico de Situación Dental. Salud Dental para Todos.* Organización Panamericana de la Salud [Trascripción en línea]. Disponible: http://www.sdpt.net/CAR/salud%20dental%20indices.htm. [Consulta: 2010. marzo 10]
- Código de Deontología Odontológica (1992). [Trascripción en línea]. Disponible: http://www.elcov.org/ley2.htm. [Consulta 2010, febrero 20].
- Córdova. Yadira. (2006). *Construyendo Cambios.* Caracas: FEDUPEL.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 5.453, marzo 24, 2000.
- Decreto N° 1798. Normas sobre la Clasificación de Establecimientos de atención Médica del Sub-Sector Público. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N° 32.650, enero 21, 1983.

- Fundación Escuela de Gerencia Social. (2005). *Planificación Estratégica Pública y Control de Gestión.* Programa de Formación de Gerentes Sociales. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
- Fundación Escuela de Gerencia Social. (2005).*Formulación de Proyectos Sociales.* Programa de Formación de Gerentes Sociales. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
- FUNDACREDESA-FUS. (2001). *Estudio Situación de Movilidad Social. Análisis de Resultados del Área Metropolitana de Caracas y Principales Ciudades del País 2000-2001*. Caracas: Autores.
- FUNDACREDESA. (1998). Proyecto Venezuela: La Caries en la Dentición Temporal. Caracas: Autores.
- Henry Sigerist. (1998) *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. México: Siglo Veintiuno Editores, sa de cv.
- López, Sergio. (2000). Centro de Investigación en Sistemas de Salud: Instituto Nacional de Salud Pública. México
- Juana de la Luz Pérez Govea, Teresa Magdalena Paz Quevedo, Liliana Ramírez Rosales, Marian, Ramírez Ordaz. (2009). *Historia Natural de la Enfermedad y Niveles de Atención*. Facultad de Medicina San Luis de Potosi. México. [Articulo en Línea]. Disponible: http://www.slideshare.net/jesusarriagac/historia-natural-de-la-enfermdedad. [Consulta 2010]
- Julio Frenk, MC, PhD. *Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias*. Revista salud pública de México. Vol. 49, suplemento 1. [Revista en Línea]. Disponible: http://www.thelancet.com. [Consulta 2007]
- Kroeger, Axel y Luna, Ronaldo (Comps). (1987). *Atención Primaria de Salud: Principios y Métodos*. México: OPS y Editorial Pax México.
- Ley Orgánica de Protección del Niño y el Adolescente (1998). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5266, octubre 2, 1998. [Transcripción en línea]. Disponible: http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/328.pdf. [Consulta 2007, julio 5]

- Ley Orgánica de Educación. 2009. (Asamblea Nacional N° 24). Gaceta Oficial N° 5929, agosto 15, 2009.
- Ley Orgánica de Educación (1980). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 2.635 Extraordinario, julio 28, 1980. [Trascripción en línea]. Disponible:http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacion-view/sharedfiles/LeyOrganicaEducacion.pdf . [Consulta 2007, julio 5]
- Ley Orgánica de Salud (1998). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 36579, noviembre 11, 1998. [Transcripción en línea]. Disponible: http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacionview/sharedfiles/LeyOrganicaSalud.pdf. [Consulta 2007, julio 8]
- Ley Nacional de Juventud (2002). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N° 37404, marzo 14, 2002. [Transcripción en línea]. Disponible:http://www.gobiernoenlinea.ve/legislacionview/sharedfiles/Ley Nacional de la Juventud. pdf [Consulta 2007, julio 8]
- Ley del Ejercicio de la Odontología (1943). El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Palacio Federal Legislativo, en Caracas, julio 20, 1943.[Transcripción en línea]. Disponible: http://fpantin.tripod.com/index-31.html. [Consulta 2007, julio 8]
- Malagón –Londoño. Galán Morena. Pontón Laverde (2000). *Administración Hospitalaria*. Caracas: Panamericam
- Mendoza Ángela., Figueroa. Doris., Ramos. Neria. (2006). *I Encuentro Cuba- Venezuela del proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas*. [Folleto]. Caracas: MPPE.
- Meza. Evans Ronald (1998). *Notas Sanitarias y Epidemiológicas*., Pág 248-270. Caracas: INN
- Ministerio del Poder Popular para la Educación. (2007). [Página Web en línea]. Disponible: http://www.me.gob.ve/ [Consulta: 2010, febrero 15]
- Ministerio del Poder Popular para la Educación. Coordinación de Protección y Desarrollo Estudiantil. (2006). *Informe Técnico (I), Primera*

Etapa del Proyecto de Salud Integral en las Escuelas Venezolanas, [Folleto]. Distrito Capital. Caracas: MPPE.

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2003). *El Desarrollo de Un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y Salud.* Plan Estratégico Social. Caracas: Autor.
- Mondragón Pérez, Angélica. (2002).*¿Que son los indicadores?. Revista de Información y Análisis.* [Revista en línea] 19. Disponible: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/economicas/indicadores.pdf [Consulta: 2007]
- Natalia Yavich, Ernesto Pablo Báscolo, Jeannie Haggert. *Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica.* Revista Panamericana de Salud Pública. [Revista en Línea] Vol 26. Disponible: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=47333827&lang=es&site=ehost-live [Consulta: 2009]
- Navas. Rita., Rivera Luis., Acevedo Ana Maria., Núñez. Alberto., Morón Alexis., Rojas Fanny., Principe. Silvia. (2001).. (1998). *Estratificación Social y Caries Dental Su Estudio En Escolares Venezolanos.* Maracaibo: Universidad del Zulia. Facultad de Odontología. Instituto de Investigaciones.
- OMS. (s.f) ***Salud Oral y su importancia.*** Programas y proyectos. Centro de prensa. Notas descriptivas [Artículo en línea]. Disponible: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/index.html. [Consulta: 2010, marzo, 10]
- OPS. (1993). *Sistemas Locales de Salud. La Salud Bucal.* Taller sobre Salud Bucal en los Sistemas Locales de Salud. Washington. D.C: OPS.
- O.P.S. (2001). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela.* [Transcripción en línea]. Disponible: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:qJyige26X18J:www.lachealthsys.org/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D150+Perfil+del+Sistema+de+Servicios+de+Salud+de+la+Rep%C3%BAblica+Bolivariana+de+Venezuela&hl=es&gl=ve&pid=bl&s

rcid=ADGEESgQ_OgtzfAFyl2t3XhfELleWddn9oJov2E9RmYTSDdizdrD03p5ltUGpvf3mAVyipREFSDQ4I_H3oaalYBmPQpUNJUX4ED8_iH042DZqFXjABWZ1Ngkt3ss_Car8TH2x-TQvOmH&sig=AHIEtbQF74OybUcIE4PUyCspbyxmhHRXQg)
[consulta: 2010, marzo, 10]

- OPS/OMS (2005). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. México*: OMS.
- OPS. (2007). *Salud en las Américas.* Publicación Científica y técnica N° 622. Washington, D.C: OPS.
- Resoluciones Ministeriales. (1999). N° 214 de fecha 25-04-86 publicada en Gaceta Oficial N° 33.464 del 07-05-86 y la N° 26-A de fecha 01-02-99 publicada en Gaceta Oficial N° 36.660 de fecha 12-03-99. "Normas para la creación, organización y funcionamiento de los Centros Comunitarios de Protección y Desarrollo Estudiantil". Caracas: M.P.P.E.
- Serna Gómez, Humberto. (2006). *Gerencia Estratégic (9vna ed.).* Bogotá. Colombia: 3R Editores.
- Robins, Sthepen P. (2004). *Comportamiento Organizaciónal* (10ma ed.). México: Person Educación de México.

ANEXOS

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Educación

ANEXO Nº 1

Servicios Odontológicos Operativos

Planteles	Criterios de Operatividad								
	Acceso	Disciplina y Seguridad	Horario de trabajo	Agua	Luz	Unidad	Compresor	Esterilizador	Instrumental
L.N Santiago Key Ayala									
CCPDE Cochecito									
L.N. Rafael Urdaneta									
E.T. Santos Michelena									
E.N.B. Lino Gallardo									
L.N. Teresa Carreño									
E.N.B Simón Bolívar									
E.N.B República									

Taís Ochoa de Rondon CI 3297882. Tf: 0412 9613357
Ingrid Gomez CI. 3185310 Tf 0416-6241285
Lula Cabello C.I: 5.219404. Tlf. 0416 4059056
Rosa Daly CI. 14082588 Tlf. 0412 2307881

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Educación

ANEXO Nº 2

Horas Profesionales por Distrito Escolar para la Atención Odontológica a la población beneficiaria, que se encuentra actualmente integrada al Diagnóstico de Salud Integral.

Dtto. Escolar	Parroquia	Odontólogos	Carga Horaria	Carga Horaria total	Higienitas Dentales	Carga Horaria Semanal	Carga Horaria total
		Subtotal 1:		Subtotal 1: semanales	Subtotal 1:		Subtotal 1:
Observaciones:							

Validado por miembros del Diagnóstico de Salud Integral (DIS) H.P.P.E.:

Tais Ocoba de Randon. CI 32 97882 Tlf. 0412 9613353 Odontologo

Ingrid Bogue CI 3.185.010 Tlf 0416-6041285 Odontologo

Leila Castillo. C.I 5.219.404. Tlf: 0416 405 9056

Pedro Daly CI. 14082383 Tlf. 0412 2307821

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

ANEXO 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Insumos de Limpieza

		Cloro (Galón)		Vasos Plásticos desechables Nº 7		Servilletas Absorbentes interfaciadas		Desinfectante		Papel para envolver (de Campo)		Jabón líquido para fregar		Dispensador jabón líquido		Jabón líquido para manos		Tirro Mediano		Cepillos de Limpieza angulados para fregar		Cepillos de limpieza de uñas (mediano y peq)	
Distrito Escolar	Plantel	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
1	U.E.B.Santiago Key Ayala	0	6	0	2	0	1	0	6	0	10	0	4	0	2	0	4	0	2	0	2	0	2
1	U.E.N. Coche	0	1	0	4	0	4	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1
2	U.E.L. Rafael Urdaneta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	U.E.N.B.Santos Michelena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	U.E.N Lino Gallardo	1	3	0	3	0	5	0	3	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
2	U.E.N Tereza Carreño	0	1	0	1	0	4	0	1	0	3	0	4	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1
2	U.E.N.Simon Bolivar	0	4	0	5	0	6	0	4	0	4	0	4	0	2	0	2	0	2	0	4	0	4
2	Liceo Andress Bello	0	4	0	12	0	12	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	6	0	2	0	8
2	L.B.Agustin Aveledo	0	5	0	1	0	1	0	5	0	5	0	3	0	3	0	5	0	6	0	6	0	6
3	U.E.B.miguel villavicencio	1	3	0	1	0	15	0	5	3	3	0	3	0	2	0	3	0	5	0	1	0	1
3	U.E.N.T.D Liceo Caracas	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
4	Tomas Vicente Gonzalez	0	2	3	0	0	3	0	0	0	4	0	2	0	2	1	1	0	2	0	1	0	2
5	Miguel Antonio Caro	0	3	0	3	0	3	0	7	0	10	0	4	0	2	0	6	0	6	0	2	0	2
5	Liceo Andress Eloy Blanco	0	4	1	6	3	1	0	2	0	2	0	4	0	0	0	4	0	4	0	4	0	0
5	C.C.P.D.E.Catia	0	4	1	6	3	1	0	2	0	2	0	4	0	0	0	4	0	4	0	4	0	0
5	NIBE 23	0	3	0	6	0	6	0	2	0	2	0	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1
Totales:		2	43	5	50	6	62	1	40	3	49	2	39	0	20	2	36	0	41	2	30	0	29

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Capuchones desechables para jeringa triple		Rollos de algodón		Gazas 2x2		Baberos plásticos o desechables		Eyectores (100unid)		Guantes desechables		Guantes quirúrgico desechables Nº 7: 7 ½ y 8		Tapabocas rectangulares		Alcohol de quemar		Aceite lubricante para turbina y micromotor (alumicadur con cánula)	
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
0	5	4	10	6	10	0	100	14	4	2	12	0	1	3	2	0	1	1	2
0	6	1	3	1	6	0	100	2	6	0	1	0	1	1	3	0	0	0	1
0	0	2	0	8	0	1	0	5	0	0	0	2	0	4	0	0	0	1	0
0	0	5	0	5	0	0	0	1	0	5	0	0	0	3	0	0	0	1	0
0	3	1	3	1	2	1	2	0	2	2	5	0	10	2	2	0	1	2	2
0	4	5	5	5	5	10	10	1	1	1	6	6	15	2	5	0	0	0	1
0	4	3	0	3	0	5	0	7	0	0	5	0	5	0	4	0	0	0	2
0	2	0	6	0	6	2	10	0	2	0	10	0	2	0	1	0	2	0	2
0	12	0	3	0	3	0	100	0	500	0	5	0	1	0	200	0	3	0	5
0	0	4	4	20	3	0	500	300	400	7	2	1	0	11	0	0	1	3	0
0	0	2	0	6	0	0	0	4	0	4	0	0	0	2	0	0	0	1	0
0	1	1	2	2	4	0	2	2	4	2	4	0	2	0	1	0	0	1	0
0	0	3	1	6	7	0	1	6	0	4	4	1	0	5	0	0	0	2	0
0	0	3	1	5	6	0	1	6	0	4	4	1	0	5	0	0	0	2	0
0	4	2	2	4	6	0	1	2	10	21	0	0	2	8	0	0	1	2	0
0	41	36	40	74	58	19	827	350	929	52	58	11	39	46	216	0	9	16	15

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Radiografías adultos		Radiografías infantil		Porta placas para RX periapicales		Líquidos para procesar las radiografías.		Esterilizador al frío, glutaraldehído al 2%		Pastillas detectoras de placa (pote)		Copas de goma para profilaxis		Pasta profiláctica (frasco)		Piedra pómez		Cemento periodontal, sin eugenol.	
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1	1	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	20	0	2	0	1	0	1
0	10	0	10	0	1	0	1	0	1	0	1	3	10	1	1	0	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	6	0	2	0	2	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2
0	10	0	10	0	10	0	5	0	5	0	10	0	50	0	10	0	5	0	5
1	0	1	0	0	1	0	1	1	2	0	1	0	20	6	4	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	15	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	4	0	2	1	0	0	1
1	22	1	21	0	14	0	9	5	20	1	25	4	130	7	26	2	16	0	14

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Contraangulos con copa para pulido desechables		Flúor en gel o tabletas		Cepillos para profilaxis		Resina Autocurada		Kit Resina Fotocurada		Kit Resina fluida		Sellantes de fosas y fisuras (fotocurados)		Pernos de Titanio (Kit)		Kit de coronas metálicas para infantil		Cemento dual multiuso incluyendo para pernos fibra de vidrio	
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
0	1	5	3	0	2	0	0	1	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1
0	6	2	4	0	1	0	1	1	1	0	1	4	4	0	1	0	1	0	1
0		6	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	3	0	20	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1
0	1	1	1	0	5	1	1	2	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1
0	4	0	6	0	12	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2
0	10	0	10	0	50	0	10	0	5	0	5	0	3	0	1	0	2	0	5
0	1	5	6	6	10	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1
0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	2	2	0	15	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0
0	30	10	0	0	10	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	30	10	0	0	10	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	11	0	0	4	0	1	3	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
0	86	58	37	6	141	4	17	16	14	2	16	1	16	0	9	0	9	0	12

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Remos periapicales long y mínimo (kits)		Lentes protectoras para lámpara de resina		Frasco de amalgama predosificada una pastilla		Amalgama predosificada dos pastillas		Vidrio ionomérico tipo I autocurado (kit)		Vidrio ionomérico tipo II fotocurado (kit) color		Barniz de Copal		Lijas para acabado interproximal (metálicas) grano fino		Lijas para acabado interproximal (plásticas) grano fino y medio		Bandas de celuloide	
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	2	0	1	0	1	1
0	1	0	2	1	3	0	10	1	2	0	1	0	6	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	1	0	1	0	2	0
0	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0	1	2	2	0	1	1	0	1	2
0	1	0	1	5	5	0	30	1	2	0	1	0	1	0	10	0	10	5	15
0	0	2	2	2	0	1	0	1	0	1	0	2	0	4	0	4	0	6	0
0	2	0	2	0	5	0	5	0	2	0	2	0	6	0	2	0	2	0	2
0	10	0	3	0	15	0	15	0	20	0	5	0	5	0	5	0	5	0	10
0	4	0	4	15	0	0	10	0	0	6	0	3	0	0	1	3	0	2	1
0	0	1	0	40	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	2	1	1	0	1	2	2	0	2	1	1	0	2	1	2	2	2
0	0	1	0	15	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
0	0	1	0	15	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
0	0	1	1	10	0	200	0	4	0	0	0	2	2	0	0	2	1	1	1
0		8	18	105	30	223	72	14	30	9	13	16	23	8	23	14	23	21	37

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Gomas para acabado y pulido de resina		Gomas para acabado y pulido de resina		Discos shofu kit		Discos carborundo		Gomas para pulir amalgama (kit)		Eugenol (frasco)		Oxido de Zinc (frasco)		Cristales de acetato (frasco)		Hidroxido de calcio (autocurado o fotocurado)		Paramonoclorofenol (frasco)		
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	
0	10	0	10	0	10	0	10	0	1	3	2	1	2	1	1	2	1	0	1	
0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	6	2	2	1	1	1	1	0	2	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	0	
0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	2	0	2	0	1	1	0	2	
0	10	0	10	0	3	0	3	0	3	1	1	1	1	0	0	1	2	0	1	
0	2	0	2	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	
0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	6	0	2	0	2	0	2	0	2	
0	12	0	12	0	2	0	8	0	8	0	5	0	10	0	3	0	10	0	5	
6	2	0	0	0	2	0	5	0	2	3	1	3	1	2	0	3	0	0	1	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	
0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	1	1	2	2	0	2	
0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	2	0	2	0	1	1	0	0	
0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	2	0	2	0	1	1	0	0	
0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	7	0	1	0	3	0	0	0	
6	84	0	39	0	0	0	30	2	22	24	32	28	20	16	8	20	21	1	16	

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Gutapercha 1ra y 2da serie		Conos accesorios Nº 15 y 20		Conos de papel absorvente 1ra y 2da serie		Diques de goma		Largal ultra		Cemento para obturar (endometazona)		Topes de goma para lima de colores surtidos		Hidroxido de calcio en polvo		Cresopheme: Formocresol; Eugenol		Pasta Kri	
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0
0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	3	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
0	3	0	3	0	3	0	15	0	1	0	2	0	20	0	1	0	2	0	1
0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2
0	4	0	5	0	5	0	2	0	10	0	10	0	1	0	20	0	10	0	10
0	2	0	4	0	4	0	1	0	1	0	1	0	2	1	1	0	3	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	6	0	2	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2
0	13	0	18	0	25	0	20	0	12	0	19	0	29	3	30	5	0	0	19

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Clorexidina		Tem-bond (con o sin sugarol)		Material de impresión, alginato		Yeso paris		Yeso piedra		Acrílico rosado polvo líquido		Acrílico color A3 polvo líquido		Cera de marfil		Tapones de Gelita		Pasta Alvogil	
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1
0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	6	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1
0	2	0	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	10	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4
0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2
0	5	0	5	0	1	0	5	0	5	0	5	0	10	0	0	0	10	0	10
0	3	0	0	0	2	0	3	0	5	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
0	1	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	0	1	0	1
0	19	0	13	0	9	0	14	0	16	0	11	0	17	0	4	6	41	1	24

Anexo 3

Cuadro para el Vaciado y Totalización del Instrumento Nº 3

Diagnostico realizado en las Unidades Básicas Operativas Seleccionados como Muestra

Hojas de Bisturí		Sutura de seda (3-0)		Gasa yodoformada		Camphophenol	
Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido	Tipo y Cantidad Existente	Tipo y Cantidad Requerido
1	1	0	1	0	1	0	1
0	6	0	1	0	2	0	1
1	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	10	0	1	0	1
2	8	0	8	0	8	0	0
0	6	0	3	0	4	0	0
0	2	0	1	0	2	0	2
0	50	0	5	0	5	0	5
2	1	1	1	0	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0
0	1	0	1	0	1	0	1
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	4	0	1	0	2
7	75	1	35	0	26	0	14

Anexo N° 4: Servicios Odontológicos seleccionados como Centros Pilotos para la implementación del Plan de Cambio

Dtto. Escolar	Parroquia	Plantel	Dirección	Horario de Funcionamiento	
				AM	PM
1	Coche 1ra opción	Nibe Cochecito	Bloque N° 1 Res. Paraguapoa, al final Av. Principal de Cochecito.	7:30 am a 12:30 pm	
1	Sta. Rosalía 2da opción	Liceo. Santiago Key Ayala	Detrás de la la Unidad Educativa Gran Colombia, Prado de María	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm
2	Candelaria 1ra. opción	CB Andrés Bello	Al lado estación del metro Parque Carabobo.	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm
2	San José 2da. opción	Liceo B. Rafael Urdaneta	Cerca Univ. Santa Rosa, hacia arriba	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm
2	Sta. Teresa 3ra. opción	Liceo Teresa Carreño	Plaza la Concordia. De Cárcel a Monzón.	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm
3	San Juan 1ra. opción	EB. Miguel Villavicencio CCPDE-ARTIGAS	Av. José Ángel Lamas con Calle M de Artigas. PB.	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 4: 30 pm

Dtto. Escolar	Parroquia	Plantel	Dirección	Horario de Funcionamiento	
				AM	PM
3	El Paraíso 2da. opción	LN Caracas	Callejón Machado. El Paraíso.	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm
3	La Vega 3ra. opción	LN Aplicación	Av. Principal de Montalbán 3, cerca del C.C Caracas.	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm
4	Caricuao. 1ra. opción	E.N Mireya Venegas	A una cuadra de la Estación del Metro Zoológico	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 4: 30 pm
4	Caricuao. 2da opción.	E.N Tomas Vicente González.	A dos cuadras de la Estación del Metro Caricuao.	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 4: 30 pm
5	23 de Enero. 1ra opción	CCPDE-23 Enero	Sector Cañada del 23 de Enero.	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm
5	Av. Sucre 2da opción	Liceo Miguel Antonio Caro	Av. Sucre al lado de la Estación del Metro Gato negro	7:30 am a 12:30 pm	1:00 pm a 5: 00 pm

ANEXO N° 5

Historia Clínica Odontológica

FECHA: / /

DATOS DEL USUARIO

N° DE HISTORIA:

C.I: V | E

APELLIDOS:

NOMBRES:

SEXO: F ☐ M ☐ | EDAD: LUGAR DE NACIMIENTO: ESTADO: ESTUDIOS: PRE ☐ P ☐ S ☐

DIRECCIÓN: TELF: HAB: OFIC CEL

MUNICIPIO: PROCEDENCIA: GESTANTE: SI ☐ NO ☐

MOTIVO DE CONSULTA: ODONTÓLOGO(A) EXAMINADOR:

ANTECEDENTES PERSONALES A CUALQUIER EDAD

PATOLOGÍA PERSONAL:

1.1 Alergias ☐
1.2 Asma ☐
1.3 Neumonía ☐
1.4 TBC ☐
1.5 Cardiopatía ☐
1.6 Hipertensión ☐
1.7 Hiperlipidemia ☐
1.8 Varices ☐
1.9 Hepatopatía ☐
1.10 Desnutrición ☐
1.11 Diabetes ☐
1.12 Obesidad ☐
1.13 Encoprexis ☐
1.14 Eneuresis ☐
1.15 Enf. Renal ☐
1.16 Cáncer ☐
1.17 Tumor mamario ☐

1.19 Tromboembólica ☐
1.20 Meningitis ☐
1.21 T. Craneofacial. ☐
1.22 Convulsiones ☐
1.23 Trastornos Neuro ☐
1.24 Enf. Eruptivas ☐
1.25 Artritis ☐
1.26 Dengue ☐
1.27 I T S ☐
1.28 Hemofilia ☐
1.29 Trasf. de sangre ☐
Gastroenteritis ☐

FACTORES DE RIESGO (Hábitos Sociobiológicos)

1.30 Alcohol ☐
1.31 Drogas ☐
1.32 Insecticidas ☐
1.33 Deportes ☐
1.34 Sedentarismo ☐
1.35 Sueño ☐

1.36 Succión Digital ☐
1.37 Onicofagía ☐
1.38 Queilofagía ☐
1.39 Bruxismo ☐
1.40RespiradorBucal ☐
1.41 Micciones ☐
1.42 Evacuaciones ☐
1.43 Srtres ☐
1.44 Radiaciones ☐
1.45 Alimentación ☐
1.46 Fuma NO ☐ SI ☐
N° DIARIOS ☐
1.47 Operaciones ☐
1.48 Hospitalizado ☐

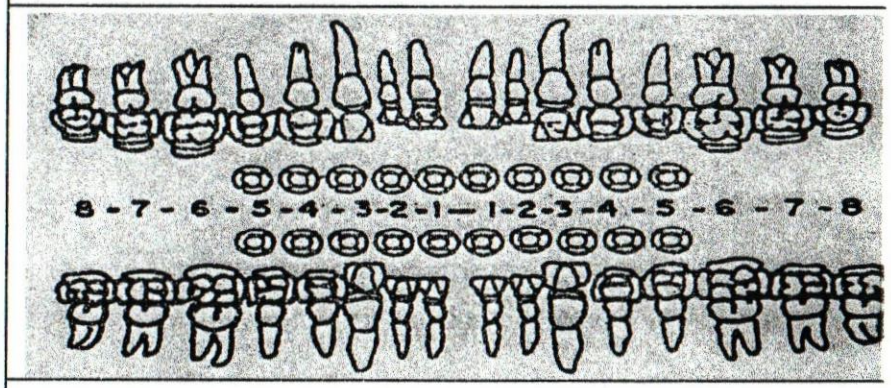
Complicaciones con la anestesia bucal NO ☐ SI ☐

OBSERVACIONES:_____

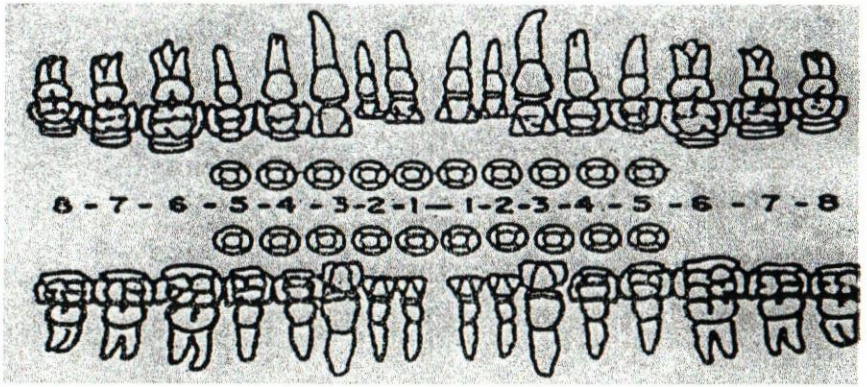
CONDICIÓN DE TEJIDOS BUCALES

Piso de boca:_____
Mejillas y Lengua:_____
Labios: _____
Pladar Duro: _____
Paladar Blando:_____
Observaciones:_____

ODONTOGRAMA INICIAL EDAD: _____ FECHA: /



ODONTOGRAMA CONTROL EDAD: FECHA: /



EXAMEN PERIODONTAL

HIGIENE BUCAL

Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐
Cepillado Horizontal ☐ Cepillado Vertical ☐
Uso del hilo dental SI ☐ NO ☐

CÁLCULO

No ☐ Poco ☐ Mucho ☐

ESTADO ENCIAS

Gingivitis: Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐
Saco Patológico: Si ☐ No ☐
Movilidad Dentaria: Si ☐ No ☐

EXAMEN DE OCLUSIÓN

Oclusión Normal: Si ☐ No ☐
Malposición Dentaria: Si ☐ No ☐
Diastemas: Superior ☐ Inferior ☐ Ant ☐ Post ☐
Overjet ☐ Oberbite ☐
Dentición Primaria ☐ Permanente ☐ Mixta ☐
Línea Media: Normal ☐ Desviada ☐
Tipo de Mordida: Cerrada ☐ Abierta ☐
Borde ☐ Cruzada ☐
ATM: Normal ☐ Anormal ☐

PATOLOGÍA PULPAR

Pulpitis: ____ Diente(s): _____
Absceso Agudo: _____ Diente(s): _____
Absceso Crónico: _____ Diente(s): _____
Necrosis Pulpar: _____ Diente(s): _____

INDICES BUCALES

C.O.P.D.
Inicial

		P	
C	O	EI	E

Final

		P	
C	O	EI	E

I.H.O.S
Inicial
Final

I-P
Inicial
Final

EXAMEN RADIOGRÁFICO

AUTORIZACIÓN DEL REPRESENTANTE

DIAGNOSTICO Y OBSERVACIONES

PLAN DE TRATAMIENTO POR ESPECIALIDADES

PROCEDIMIENTO A REALIZAR	NÚMERO DE CITAS
	TOTAL CITAS:

ANEXO N° 6

Aplicaciones Tópicas de Flúor en el Aula de Clases

Materiales:

- Barniz de Flúor al 5%.
- Un Paquete de gasas odontológicas.
- Un paquete de servilletas.
- Un aplicador tipo pincel por alumno.

Procedimiento:

Con la colaboración de la Brigada de Promotores de Salud Integral, tres (3) brigadistas en total, se procederá a informar a los compañeros la importancia y el efecto que produce el flúor sobre los dientes, posteriormente se le entregara a cada alumno(a) una gasa , una servilleta y un aplicador tipo pincel desechable.

Se le explicara que la gasa deberá enrollarla sobre su dedo índice a objeto de emplearla como cepillo dental y realizar el barrido y limpieza de la cavidad bucal (dientes) de manera previa a la aplicación del barniz de Flúor.

Posteriormente el personal odontológico o el docente procederá a colocar sobre todas las superficies dentales el barniz de flúor para lo cual deberá humedecer y cargar suficiente el pincel.

Se aplica el barniz sobre los dientes por todas sus caras tanto arriba como abajo y una vez utilizado el pincel dentro de la boca no podrá introducirse nuevamente en el frasco del barniz; luego el niño(a) deberá escupir una vez y cerrar la boca haciendo movimientos de masticación sostenida por 20 seg.

Una vez aplicado el barniz deberá esperar cuatro horas para ingerir bebidas o alimentos.

Dicha aplicación podrá realizarse como mínimo una vez al año y como máximo cada 3 meses.

Anexo 7

ANEXO N° 7

INSTRUCTIVO PARA LA CONFORMACIÓN DE LOS CEPILLEROS DENTALES EN EL AULA

- Por aula o sección debe haber un cepillero dental, el mismo se define como el lugar donde reposan y se encuentran de manera organizada los cepillos de dientes de los escolares. Su elaboración es muy sencilla, se sugiere forrar una caja de zapatos e identificarla.

- Cada estudiante debe llevar un cepillo de dientes, hilo dental y una crema dental pequeña para niños, al inicio del año escolar los cuales permanecerán en el aula de clases para ser usado después del almuerzo en el colegio.

- Cada cepillo dental deberá estar identificado con el nombre del alumno y resguardado en un estuche, para lo cual se sugiere usar la cajita de cartón de cada crema dental, forrarla e identificarla para guardar los cepillos de cada alumno.

- La crema dental suministrada por el alumno será dosificada por el docente del aula.

- La Actividad del cepillado será supervisada por el personal auxiliar en odontología, Promotores de Salud Integral y el Docente de aula. El odontólogo a cargo del plantel realizará reuniones semanales con los promotores de salud para evaluar el desempeño de la actividad.

- En caso de existir problemas con las instalaciones de los baños o la adquisición de los recursos (cepillos) se puede adaptar la técnica con el uso de gasas las cuales serán enrolladas sobre el dedo índice y se realizara de igual manera la técnica del cepillado.

- El Orden de aplicación de la técnica de higiene bucal será el siguiente: uso del hilo dental, para lo cual se puede utilizar un pedazo de aproximadamente 20cm, que será sujetado al dar varias vueltas sobre los dedos índices de cada mano dejando una longitud mayor para los dientes posteriores y menor para los dientes anteriores, luego introducirlo entre las caras proximales con un movimiento leve hacia adelante y atrás hasta llegar con cuidado a la encía, luego adosarlo a las caras proximales y retirarla llevándolo hacia arriba o abajo según sea el caso, una vez terminada la secuencia por cada cuadrante (superior derecho, superior izquierdo, inferior izquierdo e inferior derecho) el hilo debe ser desechado y posteriormente se procederá a la técnica del cepillado, realizando un movimiento de barrido por todas las caras de los dientes, de intensidad suave en sentido hacia abajo para los dientes superiores y sentido hacia arriba para los dientes inferiores, hacia la zona molar se debe emplear un movimiento circular una vez finalizado el procedimiento se pasa la gasa o cepillo por la lengua y se desecha.

ANEXO N° 8

GUIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESCOLAR DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE LA EDUCACIÓN INICIAL, PRIMERA Y SEGUNDA ETAPA DE EDUCACIÓN BÁSICA.

GUIA ESCOLAR PARA LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DIRIGIDO A NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES DE 4 A 12 AÑOS

Los seres humanos y demás seres vivos inician su contacto con el mundo exterior bien para la supervivencia, interacción con el medio socio cultural y relaciones efectivas, a través del contacto oral desde el inicio de la vida intrauterina, razón por la cual existen elementos de sobre para considerar la importancia del aparato estomatognático (estructuras y sentidos sensoriales) para el desarrollo armónico, cognitivo y psicoafectivo de los niños, niñas y adolescentes.

Potenciar este desarrollo evolutivo a través del desarrollo oral desde el momento que se inicia el reflejo de la succión y deglución, así como práctica de ciertos procesos como la masticación, distribución adecuada de las fuerzas masticatorias, la respiración y la adquisición de ciertos hábitos higiénicos, facilita la manifestación de aptitudes y conductas positivas que repercutirán positivamente en todas sus etapas de desarrollo.

Por tal motivo al conocer la importancia de cada uno de estos procesos de desarrollo que acompañan a los niños, niñas y adolescentes por parte de todos los actores involucrados en su proceso de crecimiento contribuirá favorablemente al desarrollo adecuado y preservación de su salud oral y emocional.

GUIA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL COMO PARTE DE LA SALUD INTEGRAL DIRIGIDO A LOS ESCOLARES DE EDUCACIÓN INICIAL Y BÁSICA.

COMPETENCIA: DESARROLLAR ESTRATEGIAS PARA LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES Y AFIANZAMIENTO DE TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL.

	Objetivo	**Contenido**	**Estrategias/ Actividades**	**Recursos**	**Evaluación**
1	Explicar la importancia de la práctica de hábitos de **higiene bucal** para mantenerse saludable.	• Caries dental. • Enfermedad periodontal o de las encias. • Factores que inciden en la caries y la enfermedad periodontal. • Enfermedades asociadas. • Beneficios de tener una boca sana. • Técnica de cepillado dental.	De acuerdo a las edades se puede desarrollar el mismo contenido pero con distintas estrategias dependiendo del tamaño del grupo y característica del espacio físico, se recomienda: - Obra de títeres. - Teatro. - Juego al aire libre - Audio Visual. Crear una canción que exprese estos contenidos a través de las diversas formas de expresión artística popular, por ejemplo una Parranda Navideña, titulada la "Parranda Saludable" (ver manual de actividades en salud bucal e integral).	❖ Titeres, titiritero, micrófono, cornetas, etiquetas con símbolos positivos relacionados con el tema, que pueden ser elaborados previamente por los mismos asistentes, fotocopias para la conformación de los cepilleros dentales en el aula de clases y juego de seguidilla para la casa. ❖ Instrumentos musicales y voluntarios para la interpretación de canciones.	Al finalizar la actividad, se debe evaluar con los asistentes si se logró transmitir los contenidos y aprovechar el espacio para elaborar normas necesarias para la práctica de aseo bucal y las estrategias para realizar diariamente la higiene bucal en la escuela y el hogar. Es importante fijar el inicio de la actividad y formato de control.

	Objetivo	Contenido	Estrategias/ Actividades	Recursos	Evaluación
2	Conocer las **etapas de desarrollo dental.**	• Definición mixta. • Tipos de dientes. • Funciones y uso. • Primer molar permanente.	Se realizará una Charla por grado con los alumnos y los promotores de salud escolares (alumnos de la segunda etapa), con la presencia del docente y promotores adultos a fin de garantizar el orden y atención del grupo, así como facilitar los recursos para llevar a cabo la actividad. En ella los promotores de salud explicarán con sus propias palabras el contenido y el uso de material de apoyo de tamaño y colorido llamativo para reforzar la información expuesta. Organizarlos en pareja y que cada alumno visualice en su compañero la presencia del primer molar permanente arriba y abajo.	❖ Anime. ❖ Cola Blanca ❖ Papel Bond. ❖ Tizas Pasteles, colores o tempera. ❖ Base para rotafolio. ❖ Tirro. ❖ Etiquetas de cartulina u otro material alusivas al primer molar permanente que se deberán entregar a los alumnos para reforzar su presencia en la boca.	Asignar una actividad para la casa en donde realicen un cuento que exprese los contenidos desarrollados en la charla, para ser exigidos por el docente y facilitado a los promotores de salud a fin de determinar si se fijo la información.
3	**Aplicar flúor dental** en las aulas de clase.	• Definición de flúor. • Beneficios del flúor.	Organizar un cronograma para la aplicación de flúor una vez por lapso, y en cada uno de los grados. Esta actividad estará a cargo de los promotores de salud. La aplicación del flúor irá acompañada de una breve dramatización que exprese los contenidos señalados. Una vez finalizada, se procederá a	❖ -Flúor en gel (el frasco rinde aproximadamente para 80 alumnos). ❖ -Aplicadores de algodón desechables, un paquete por cada dos o tres salones ❖ 2 o 3 Papeleras forradas en periódico	

			escuchar por parte del alumnado, qué entendieron de la dramatización y posteriormente se organizarán por grupos para realizar un enjuague o cepillado de la boca sólo con agua para prepararla para la aplicación tópica de flúor. Los promotores darán las indicaciones contempladas en el manual de actividades para salud bucal.	o con bolsas. ❖ Lista de alumnos por grado y sección. ❖ Hojas o cartulinas para dispensar la dosis de material a aplicar por alumno. ❖ Pancarta de certificación que exprese que ese salón fue protegido por flúor.	
4	**Prevenir** accidentes y **traumatismos bucales** en los espacios de recreación.	• Definir accidente bucal. • Cómo prevenirlo. • Qué se debe hacer en caso de que esto ocurra.	Organizar la tarea con los promotores de salud, y solicitar en esta la colaboración de los profesores asignados a las actividades artísticas de la escuela para impartir el contenido planteado. Se realizarán obras teatrales o situaciones simuladas donde se presenten posibles accidentes bucales. En la actividad participarán grupos de alumnos hasta de tres secciones diferentes.	❖ Guión de la obra. ❖ Utilería y vestuario acorde con el guión. ❖ Micrófono. ❖ Espacio físico.	El docente en el aula deberá solicitar por escrito el relato de la obra en donde el alumno sea capaz de definir con sus propias palabras qué es un accidente, cómo se puede prevenir y qué hacer en caso de emergencia.

	Objetivo	Contenido	Estrategias/ Actividades	Recursos	Evaluación
5	**Evaluar y reforzar** la **técnica de higiene bucal** en los alumnos.	• Técnica de cepillado y uso del hilo dental. • Prevención de caries y enfermedad periodontal.	Se elaborarán afiches atractivos para los baños que expliquen la técnica de cepillado y uso del hilo dental. Se chequeará la conformación y funcionamiento de los cepilleros dentales en cada una de las aulas. Se designará por salón un responsable que lleve el control de cepillado diario en su aula. Se escogerán guardias de los Promotores de Salud para supervisar la actividad de higiene bucal en los diversos espacios.	❖ Papel Bond ❖ Cartulinas ❖ Tizas pasteles ❖ Tirro ❖ Papel autoadherente transparente. ❖ Colores ❖ Colorantes vegetales (torta) ❖ Aplicadores de algodón desechables. ❖ Espejos. ❖ Cepillos de Dientes. ❖ Hilo dental.	Chequear la presencia por aula y en los baños de una guía visual para realizar la actividad de higiene bucal efectiva. Seleccionar un grupo de alumnos aleatoriamente y colocar detector de placa o colorante de torta en sus dientes para evaluar la técnica de cepillado.
6	Relacionar la **Alimentación Sana** con la presencia del estado de salud general y bucal favorable.	• Lactancia materna y su influencia al desarrollo dental. • Nutrición de la madre durante la lactancia materna. • Técnicas para una lactancia efectiva. • Técnica para la extracción de leche materna. • Situaciones especiales durante la lactancia materna.	Se elaborará por aula una cartelera para la Promoción de la Lactancia Materna. Se capacitaran a los Promotores de Salud Integral con los contenidos a desarrollar en este objetivo. Se hará una invitación de los alumnos a los representantes y comunidad para la Proyección de video sobre los beneficios de la lactancia materna y cómo favorece la salud y el proceso de desarrollo dentario.	❖ *Cartelera ❖ *Papel crepe (2) ❖ *Cartulina (2) ❖ *Contenido ❖ *Engrapadora. ❖ *TV ❖ *DVD o VHS ❖ *Espacio físico	El docente asignará una composición en la casa que deberá realizar el representante con el alumno en donde se expongan los beneficios de la lactancia materna con énfasis en la salud bucal.

Objetivo	Contenido	Estrategias/ Actividades	Recursos	Evaluación	Objetivo
7	Conocer las alternativas de **tratamientos dentales para evitar la perdida definitiva de la pieza dental** cuando la carie dental esta muy avanzada.	• Definir que es un Tratamiento de conducto. . • Cómo se hace • Quién lo realiza.	Se creará un guión donde se desarrolle el contenido esbozado y se realizará una breve dramatización con grupos de alumnos.	❖ *Bolsas blancas. ❖ *Cartulina negra ❖ *Tela roja ❖ Tubos de cortina ❖ Metálicos ❖ *Marcadores ❖ *Tirro.	Al finalizar la dramatización los alumnos con la orientación del docente tendrán 5 min. para elaborar una conclusión que resuma el contenido desarrollado.
8	**Capacitar a los promotores de salud integral ante situaciones de emergencia** en los espacios colectivos (escuela y comunidad). **Primeros auxilios.**	• Primeros auxilios. Definir. • Actuación ante una situación de emergencia. • Beneficios de conocer los primeros auxilios.	Se realizara una discusión en el aula con los alumnos organizados en equipos, haciendo uso del material de apoyo "Manual de primeros Auxilios", en donde se pretende lograr la motivación y familiarización con el tema. Contactar a instituciones públicas que capaciten a los promotores de salud para brindar primeros auxilios (Bomberos, policía escolar, protección civil, inparques)	❖ Manual de Primeros Auxilios (ver manual anexo de actividades en salud bucal e integral) ❖ *Contacto interinstitucional ❖ *Trabajo conjunto con personal directivo ❖ *Planificación y Logística del curso	Realizar simulacros en donde se pueda evaluar y reforzar la capacitación de los promotores de salud ante situaciones de emergen
9	Conocer los **hábitos bucales nocivos** (onicofagía, succión digital, respirador bucal, queilofagía, bruxismo); causas y consecuencias	• Definición de hábito. • Consecuencias en la cavidad bucal • Como se corrigen	El odontólogo o personal auxiliar realizara una charla con apoyo audiovisual en el aula, en donde se visualicen las consecuencias que ocasionan los hábitos bucales nocivos, así como también las recomendaciones (ejercicios y alternativas) para corregirlos efectivamente.	❖ Gestionar el espacio físico. ❖ Garantizar la presencia y operatividad del recurso audiovisual (VHS, TV, Video Been o DVD)	Al finalizar la Charla el personal auxiliar realizara una actividad en donde se organizarán a los alumnos en parejas y con el apoyo de material escrito y dibujado se realizara un ejercicio de asociación de los hábitos descritos con las consecuencias que produce

ANEXO N° 9

Manual de Normas para el funcionamiento de los Centros Pilotos

Normas Generales para Odontología:

Personal:
Todo el personal que labore en las instalaciones de Odontología del Ministerio de Educación asignado a los servicios odontológicos y centros pilotos, deberá respetar, cumplir y hacer cumplir las siguientes normas:

- Presentarse en su espacio de trabajo por lo menos 10 minutos antes de iniciar sus actividades laborales y retirarse a la hora de salida de acuerdo con el horario de trabajo establecido.
- Usar el uniforme asignado (bata) en perfectas condiciones de pulcritud.
- Portar siempre la identificación que le proporcione la institución.
- Velar por el buen uso del instrumental, equipos y materiales del servicio.
- No fumar, ingerir alimentos, bebidas u otros, dentro de las instalaciones del servicio.

Primera Consulta:

Estará a cargo del odontólogo quien determinara con dicha evaluación los exámenes y elementos diagnósticos a realizar de ser requeridos, bajo el consentimiento declarado del paciente, a fin de ofrecer un diagnostico definitivo y canalizar el tratamiento con los odontólogos tratantes.

Esterilización:

1. Estará a cargo de la Higienista Dental.
2. Procederá a la esterilización del instrumental y equipos de acuerdos a los criterios establecidos en el manual elaborado para tal fin.
3. Una vez esterilizado el instrumental y equipos se procederá a su almacenamiento
4. Velará por el buen trato, mantenimiento y funcionamiento de los equipos de esterilización.

5. Notificará en forma inmediata a la coordinación al profesional del servicio sobre cualquier falla en el funcionamiento de los equipos de esterilización u otra irregularidad que observe en el área.
6. Controlara la entrega de equipos, materiales e instrumental de cirugía, prótesis, endodoncia, periodoncia de uso general, el cual permanecerá resguardado en esta área y será entregado a los cubículos solo cuando el mismo sea requerido.

Asignación de Citas:

1. Estarán a cargo de la Higienista Dental bajo las instrucciones realizadas por el odontólogo al momento de realizar el plan de tratamiento, el cual se informará por escrito en la Historia Clínica.
2. Cuando un procedimiento clínico requiera de varias citas estas deberán asignarse con cercanía a objeto de evitar que el paciente abandone el tratamiento o se le olvide por la ausencia de dolor o no regrese por lo distante de las mismas.
3. De faltar el paciente citado a dos citas de manera consecutiva y sin presentar justificación, como medida sancionatoria se le suspenderá el tratamiento. Posteriormente se le anotara en el libro de registro para inasistencia de los pacientes y se le deben sacar dos copias, las cuales deberán ser entregadas una al Director(a) de Plantel para que se le notifique a su representante con los procedimientos legales correspondientes. La segunda copia se le anexa a la historia clínica.
4. Del cupo diario estimado para la atención, se destinara para tratamientos preventivos específicos una hora, para la atención curativa tres horas y se destinará una hora a los pacientes que acudan al servicio por emergencia para ofrecer de dos a tres cupos según sea el caso.

Registro de Información:

1. Estará a cargo del personal auxiliar que desempeñe funciones asistenciales-administrativas.
2. Se deberán llevar de forma organizada y actualizada los registros epidemiológicos solicitados, cumplir con los periodos pautados para la entrega de la información solicitada en los formatos de papelería diseñados para tal fin.

Material e instrumental deteriorado o vencido:

1. Es indispensable que para la reposición del instrumental y material por cubículo se presente a la Higienista Dental encargada de la central de suministro odontológico el instrumental dañado, envases y frascos vacíos, el cual será almacenado y registrado en la central de suministro, para su posterior desincorporación respetando los pasos administrativos correspondientes.

Manual de Normas para el Personal Auxiliar (Higienista Dental)

Normas:

1) El aspecto personal debe ser impecable (uniforme, zapatos, peinado, maquillaje, etc.)
2) Si usa cabello largo este deberá llevarlo siempre recogido durante la actividad laboral.
3) Nunca deberá utilizar por encima del uniforme abrigos, ruanas, u otras prendas.
4) Usar uñas cortas o de un largo apropiado que no limite el trabajo clínico ni afecte la asepsia de la actividad clínica.
5) No usar prendas debajo de los guantes (anillos, reloj, pulseras).
6) Cumplir a cabalidad con las funciones y especificaciones de mantenimiento y limpieza de los equipos e instrumental del Servicio.
7) Transmitir optimismo, confianza y comprensión al equipo de trabajo y a los pacientes, mediante un trato amable y respetuoso.

8) Propiciar un ambiente armónico y agradable con su equipo de trabajo (profesionales, personal administrativo y obrero).

9) El trato al paciente deberá ser amable y respetuoso en todo momento.

10) No emitir opiniones sobre el tratamiento del paciente a menos que el odontólogo(a) se lo autorice.

11) Ser discreto y mantener el secreto profesional del estado de salud de los pacientes o cualquier conversación clínica relacionada con la actividad asistencial.

12) En caso de sufrir alguna lesión (pinchazo o cortadura) con algunos de los objetos contaminados por pequeños que sean, deberá acudir y notificar inmediatamente al Odontólogo Jefe del Servicio para canalizar el protocolo de atención inmediata, antes accidentes laborales.

13) No ausentarse del consultorio mientras se esta llevando a cabo la consulta a los pacientes y de requerirlo debe coordinar con el profesional para evitar que el paciente quede solo en el mismo.

14) Si por alguna razón de peso se ve en la necesidad de ausentarse de su actividad laboral esta deberá ser justificada y notificada con anticipación al odontólogo(a) jefe del servicio odontológico, a fin de poder realizar los ajustes requeridos y evitar de esta manera la alteración de la dinámica de funcionamiento del servicio.

Manual de Normas para los Odontólogos(as)

1) Notificar al Coordinador del Servicio, por lo menos con veinticuatro (24) horas de anticipación cualquier situación que le impida asistir a la consulta o llegar tarde a su puesto de trabajo y de presentarse algún contratiempo el mismo día avisar inmediatamente.
2) Atender clínicamente a los pacientes regulares y de emergencia que les sean asignados.
3) Brindarle al paciente el trato justo y profesional que este requiere, dentro de las normas éticas y bioéticas establecidas.
4) No establecer diferencias ni discriminación en los pacientes por ninguna causa o razón.
5) Cumplir estrictamente el programa, normas y procedimientos establecidos para el Servicio.
6) Tener un trato amable y respetuoso con los pacientes, personal auxiliar, profesionales, personal de servicio y mantenimiento.
7) En caso de sufrir alguna lesión (pinchazo o cortadura) con algunos de los objetos contaminados por pequeños que sean, deberá acudir y notificar inmediatamente al Odontólogo Jefe del Servicio para canalizar el protocolo de atención inmediata, antes accidentes laborales.
8) Ejercer la contraloría social mediante el cuido y buena utilización del instrumental y equipos, así como el uso racional del material odontológico.
9) Reportar ante la coordinación del Servicio, en forma escrita, cualquier falla o desperfecto de los equipos, así como el deterioro o pérdida del instrumental, con datos precisos.
10) Realizar un inventario mensual de material e instrumental del cubículo, avalado por los profesionales con quienes comparte el área de trabajo.
11) Presentar ante la Coordinación del Servicio un informe mensual sobre el número de pacientes atendidos, dados de alta, actividades clínicas, preventivas y educativas efectuadas.

12) Los procedimientos clínicos que se realicen deben ser de carácter definitivo a menos que el tratamiento requiera para su abordaje y preparación de varias citas, a saber: tratamientos de periodoncia y endodoncia tanto en dientes temporales o permanentes.

Manual de Normas para el Personal de Limpieza Asignado a Odontología

1. Mantener limpios los muebles, equipos, puertas, escritorios, paredes y pisos.
2. Entregar a la Higienista Dental, cualquier objeto e instrumental que pueda conseguir en sus labores de limpieza, dejando constancia por escrito.
3. Antes de manipular la basura deberá utilizar guantes de limpieza a objeto de proteger su salud y evitar cualquier tipo de accidente laboral.
4. Ubicar las bolsas de basura del Servicio, especialmente la extraída de los cubículos en los contenedores de desechos del Servicio, los cuales deberán estar protegidos por bolsas de basura resistentes (40kilos). Una vez colmada su capacidad se deben amarrar. Y ser colocada en el área física por donde compañía recolectora de basura pasa.
5. Estar a disponibilidad en caso de situaciones de emergencia en cuanto a la limpieza del Servicio.
6. En caso de sufrir alguna lesión (pinchazo o cortadura) con algunos de los objetos contaminados por pequeños que sean, deberá acudir y notificar inmediatamente al Servicio Médico para su atención inmediata.
7. En caso de no poder prestar sus servicios en el turno que le corresponde, debe informar a su jefe inmediato con veinticuatro (24) horas de anticipación. De presentarse alguna emergencia deberá notificarlo lo antes posible a la Coordinación de Odontología.
8. Realizar una vez al mes (previa planificación) una limpieza profunda de todos los cubículos y el área de esterilización con azufre en polvo un día antes previo al barrido del área a objeto de evitar la contaminación mercurial del ambiente de trabajo, para proceder posteriormente a la limpieza profunda de

todas las áreas del Servicio, previa planificación con la Dirección del Servicio Integral de Salud y la Coordinación de Odontología.

9. Informar con suficiente anticipación, a su jefe inmediato las fallas en cuanto a materiales e insumos de limpieza que se requieran en el Servicio.

Manual de Normas para la Desinfección y Esterilización de los Equipos e Instrumental Odontológico

1) En un envase plástico identificado para esterilizar al frío, se debe preparar por turno clínico una solución de una parte de cloro por diez de agua, en el cual se va a colocar el instrumental sucio una vez retirado de la bandeja de la unidad, sin lavarlo previamente. Allí deberá permanecer durante 20 minutos exactos (es importante respetar el tiempo y la proporción de la solución para evitar el deterioro del instrumental), finalizados los 20 minutos se procederá al lavado del instrumental.
2) Lavado del instrumental: Previo a este paso deberá colocarse los guantes industriales o de latex doble, los cuales ofrecen mayor protección durante este paso, luego se lavara con agua y jabón el instrumental, posteriormente enjuagarlos (En este paso es importante evitar desperdiciar agua, para ello se debe cepillar todo el instrumental y luego enjuagar).
3) Secado del instrumental: Deberá colocarse sobre servilletas desechables que absorban el agua y posteriormente secar muy bien el instrumental, (ya que de empaquetarse húmedo se oxidara, recortando la vida útil del mismo).
4) Clasificación y empaquetado por área: envoltura e identificación del instrumental quirúrgico con papel de campo y cinta testigo (el cual será empaquetado de forma individual y colocará la fecha); posteriormente se coloca el instrumental dentro del cajetin si lo hubiere.
5) La esterilización al color seco deberá realizarse a una temperatura de 160 °C durante una hora o de acuerdo a las especificaciones del manual del horno.

6) Almacenamiento: Todo instrumental estéril deberá ser guardado en un lugar seco y cerrado. Sin embargo aquel instrumental que supere 30 días de haber sido esterilizado, deberá repetirse de nuevo el paso número 5.
7) Para la limpieza del canal de agua de las piezas de mano se activara la turbina durante 30 segundos para limpiarla internamente, previo a la desinfección externa con un antibacterial y bactericida no corrosivo. Cuando se realicen procedimientos quirúrgicos u otros en donde se haya presentado un sangrado y fluidos en exceso o atendido pacientes de alto riesgo, se deberá esterilizar en el autoclave las mismas de tener este recurso, siguiendo rigurosamente las indicaciones del fabricante.
8) De rutina se utilizará el antibacterial y bactericida mediante gasa o paño absorbente para limpiar las piezas de mano, jeringa triple, mangos de lámparas y mangueras provenientes de la bandeja.
9) Limpieza del sillón: deberá realizarse con una solución jabonosa entre paciente y paciente.
10) Limpieza de manguera de succión: El finalizar cada turno clínico deberá llenar un envase con aproximadamente 1, 5 litros de agua limpia y succionar la misma para arrastrar cualquier desecho biológico o material que se encuentre en el trayecto de la misma.
11) Limpieza del filtro de la Unidad: Deberá realizarse dos veces por semana o cuando la actividad clínica realizada así lo requiera para evitar la obstrucción del mismo por la acumulación de desechos.

Manual de Normas para la Deposición de los Desechos Biológicos de Odontología

1) Las gasas, algodones, conos de papel absorbente u otros desechos pequeños: En los vasos de plástico se colocara dentro del mismo 1/4 de cloro puro en donde se introducirán estos desechos una vez retirados de la boca. El cual será desechado en la papelera al colmar su capacidad y se repite el procedimiento.
2) Agujas desechables: Nunca se deberá botar ninguna de las dos tapas de las agujas y siempre se le colocara a la jeringa el dispositivo de goma llamado "protector de aguja", de existir el mismo en el servicio.
3) Para evitar posibles accidentes con la aguja de la jeringa, siempre después de usarla se debe colocar la tapa de la aguja. Empleando para ello la técnica "Pesca de aguja"; la cual consiste en colocar la tapa de la punta activa en una superficie plana, luego se acerca la jeringa con la aguja a la tapa para irla introduciendo dentro de la misma **sin agarrarla**; una vez que la aguja halla entrado casi en su totalidad dentro de la tapa, se sujeta la tapa por un extremo y se cierra por completo. Para retirar la aguja de la jeringa se deberá repetir el mismo procedimiento sin sacarla del protector de aguja.
4) Para desechar la aguja, se contara en cada cubículo con un envase plástico de boca angosta con asa y capacidad para un galón de líquido, en el cual se verterán todas las agujas que sean desechadas.
5) Al copar la capacidad del envase, se identifica con letras y símbolo como **"material contaminado"**, se sella con tirro la tapa del mismo y posteriormente se coloca aparte y se le notifica al personal de limpieza.

ANEXO N° 10

CONSENTIMIENTO LEGITIMAMENTE DECLARADO

Yo, _____, mayor de edad, civilmente hábil, de este domicilio, titular de la cédula de identidad N°_____, en pleno uso de mis facultades, y en ejercicio de mis derechos como paciente, declaro:

1. He acudido a el Servicio Odontológico del MPPE por mi propia voluntad y convicción, con motivo de solicitar atención odontológica, para mi hijo(a) ser realizado por el Odontólogo(a) tratante _____, a procedimientos diagnósticos y/o tratamiento odontológico integral.
2. He sido ampliamente informado tanto de las alternativas diagnósticas y /o terapéuticas como de la naturaleza de mis padecimientos, así como de las molestias, concomitantes y los riesgos inherentes a la aplicación de los procedimientos diagnósticos y/o descritos anteriormente, sugeridos por mi odontólogo tratante, los cuales han sido por él libremente seleccionado(s) dentro del criterio científico prevaleciente.
3. Con base en la información previamente recibida doy mi consentimiento, amplio, válido y legítimamente manifestado, para que el odontólogo(a) tratante aplique procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos señalados a mi hijo(a) y todas aquellas que en su momento de emergencia o urgencia puedan ser necesarios para la preservación de la vida o salud de mi representado.
4. Entiendo y acepto que el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico consentido anteriormente puede comportar efectos adversos, inmediatos o tardíos de difícil o imposible previsión dentro de la práctica odontológica, de los cuales el odontólogo(a) no puede ser responsable, pero no por ello puede mi odontólogo(a) tratante ni ninguno otro someterme a procedimientos de riesgo innecesarios o injustificado, ni aplicar procedimientos diagnósticos del consentimiento aquí expresado.
5. Queda completamente entendido y convenido que este consentimiento no significa la renuncia a los derechos de mi representado como paciente y que por lo tanto no exonera, en forma general, genérica ni absoluta, la responsabilidad legal de los odontólogos(as) de las Unidades Básicas Operativas del MPPE, en el caso que las actuaciones no este ajustadas al estándar de cuido esperado por la ciencia médica, de acuerdo al criterio científico prevaleciente.

Certifico finalmente que ha leído, comprendido completamente el Consentimiento expresado y los espacios en blanco fueron llenados antes de firmar._____ _____

Fecha Nombre y apellidos del paciente.

_____ _____

Testigo Representante Legal

6. Y yo Odontólogo(a)_____, certifico en este mismo acto que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, alternativas, riesgos del procedimiento propuesto al paciente _____ (o representante legal), me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y de hecho, he contestado íntegramente las preguntas formuladas. Creo que el paciente (o representante legal) comprende completamente lo que he explicado y contestado.

_____ _____

Firma del Odontólogo(a) Fecha

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE EDUCACION Y DEPORTES

DISTRITO ESCOLAR Nº 3
CIUDAD

Caracas, 1/11/2006

Ciudadano
Prof. Pedro Vega
Director de la U.E.N.B "Miguel Villavicencio"
Presente.-

Sirva la presente, para solicitar permiso de la ciudadana Aymar Fernández, titular de la Cédula de Identidad Nº 12.916.226, durante los días lunes, miércoles y viernes del año escolar 2006-2007, para cumplir funciones de coordinadora en el área de Odontología en el Proyecto de Salud Integral, dando cumplimiento al Oficio Nº 000499 del 30 de Enero de 2006, emanado del Ministerio de Educación y Deportes, Prof. Aristóbulo Isturiz de Almeida.

Atentamente,

Thamara Villegas de Salvat
Jefa del Distrito Escolar Nº 3

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
U.E.N. "MIGUEL VILLAVICENCIO"
ARTIGAS - CARACAS - DTTO. CAPITAL

Recibido
02-11-06

Ministerio del Poder Popular para la Educación

CREDENCIAL

Quien suscribe, **Lic. Amarilys Cedeño,** Directora General de Protección y Desarrollo Estudiantil, autoriza al **Dr. Marcial García**, titular de la Cédula de Identidad Nº **3.185.310,** para que realice visitas de asesoría técnica y acompañamiento a los Centros Comunitarios y Coordinaciones de Desarrollo Estudiantil , referente a la operativización del Proyecto Integral de Protección y Desarrollo Estudiantil , así como verificar las condiciones de los equipos Médicos Odontológicos en el Distrito Capital, para quien solicito todo el apoyo que le pueda brindar al citado funcionario.

Constancia que se expide a petición de la parte interesada en Caracas, a los 05 días del mes de Febrero de 2010.

Atentamente

Licda. AMARILYS CEDEÑO
Directora General de Protección y Desarrollo Estudiantil
Según Resolución N° 119 publicada en la Gaceta Oficial
N° 39.045 de fecha 27 de Octubre de 2008.

AC//ry.

Esquina de Salas
Parroquia Altaracia
1010. Venezuela

Teléfonos
(582) 506.8727 – 82.95

Ministerio del Poder Popular para la Educación

DGPDE 0019

Caracas, 05 de Febrero de 2009

Ciudadana
Profa. Rosalba Gudiño
Directora de la **U.E.N. " Víctor Manuel Turmero"**
Su Despacho.

Me dirijo a usted en la oportunidad de saludarla cordialmente, y a la vez informarle que esta Dirección tiene previsto realizar visitas de Asesoramiento y Acompañamiento a Servicios de Protección y Desarrollo Estudiantil de Distrito Capital, a objeto de verificar las condiciones de instalación, funcionamiento y mantenimiento de los equipos odontológicos dotados por este Ministerio.

En este sentido, solicito sus buenos oficios para que la **Dra. Taís Ochoa**, titular de la Cédula de Identidad N° 3.297.882, nos brinde apoyo en la realización de las visitas, por cuanto la misma participó en el Diagnóstico Integral de Salud y ha estado incorporada en el plan para la articulación de acciones conjuntas con la Dirección de Salud de la Alcaldía Libertador.

Las visitas se realizarán del 8 al 26 de Febrero de 2010.

Esperando su apoyo y colaboración para el desarrollo de esta actividad, me suscribo

Atentamente,

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN

Lcda. AMARILYS CEDEÑO
Directora General de Protección y Desarrollo Estudiantil
Según Resolución N° 119 publicada en la Gaceta Oficial
N° 39.045 de fecha 27 de Octubre de 2008

AC/rf

Esquina de Salas
Parroquia Altagracia
Caracas, 1010. Venezuela

Teléfonos
(582) 506.87.27. -82.95
Fax: (582) 506-87.27
@me.gob.ve

Recibido
Subdirector
Hora: 6:50