

Política de Salud Oral de Bogotá, D.C.

con Participación Social para el decenio 2011 – 2021



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



GOBIERNO DE LA CIUDAD

POLÍTICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D.C. CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DECENIO 2011 - 2021



Alcalde Mayor de Bogotá, D.C.

Samuel Moreno Rojas

Secretario Distrital de Salud

Héctor Zambrano Rodríguez

Subsecretario Distrital de Salud

Juan Varela Beltrán

Director Salud Pública

Ricardo Rojas Higuera

Coordinación General del Documento

Patricia Londoño Ullóa

Amanda Bejarano de Zambrano

Coordinación Técnica

Área de Análisis y Políticas en Salud Pública - Dirección de Salud Pública

Grupo Técnico**Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, ACFO**

Carol Guarizo Herreño

Sofía Jácome Liévano

María Mercedes Lafaurie Villamil

Jaime Alberto Ruiz Carrizoza

Rafael Malagón Oviedo

Alejandro Perdomo Rubio

Secretaría Distrital de Salud

Yolanda Sepúlveda

Rosa Nubia Malambo M.

Jairo Ternera

Adriana Padilla

Ricardo Durán

Carmen Lucía Velásquez

Coordinación Editorial**Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud**

Martha Isabel Forero Rodríguez

Corrección de estilo

Patricia Arévalo Piñeros

Fotografía

Diego Bautista M.

Carátula

Campo Elías Franco

Diseño y diagramación

TALLER DE EDICIÓN ROCCA S. A.

MICHEL SASTRE RUIZ

ISBN: 978-958-8313-49-8

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 No. 12-81

Bogotá, D.C. 2011

www.saludcapital.gov.co

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	{ 7
-------------------	-----

1. MARCO DE REFERENCIA..... { 10

1.1 MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO	{ 11
--------------------------------------	------

1.1.1 Marco Político	{ 11
----------------------------	------

1.1.2 Marco Normativo.....	{ 19
----------------------------	------

1.2 MARCO SITUACIONAL.....	{ 23
----------------------------	------

1.2.1 Demografía	{ 23
------------------------	------

1.2.2 Determinantes sociales de la salud oral en Bogotá	{ 26
---	------

1.2.3 Análisis de la situación de salud oral	{ 28
--	------

1.2.3.1 Representaciones sociales, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral..	{ 28
---	------

1.2.3.2 Problemas de salud oral	{ 35
---------------------------------------	------

1.2.4 Servicios de salud oral en Bogotá.....	{ 40
--	------

1.2.5 La información en salud oral en Bogotá	{ 43
--	------

1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	{ 44
---------------------------	------

2. POLÍTICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D.C. CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DECENIO 2011-2021

{ 52

2. ESTRUCTURA DE LA POLÍTICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D.C. CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DECENIO 2011-2021

{ 53

2.1 PRIMER EJE – GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD ORAL.....	{ 53
--	------

2.1.1 Consideraciones temáticas sobre el Eje	{ 53
--	------

2.1.2 Problematización.....	{ 54
-----------------------------	------

2.1.3 Líneas Estratégicas de Acción de la Gestión Política.....	{ 59
---	------

2.1.3.1 Gestión Distrital, Local y Territorial de la Política de Salud Oral.....	{ 59
--	------

2.1.3.2 Movilización social por la salud oral.....	{ 60
--	------

2.1.3.3	Fortalecimiento institucional para la acción intersectorial e interinstitucional por la salud oral	{61
2.1.3.4	Gestión de los enfoques de equidad y diferencial en la Política	{62
2.2	SEGUNDO EJE – MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL	{62
2.2.1	Consideraciones temáticas sobre el Eje	{62
2.2.2	Problematización	{70
2.2.3	Líneas estratégicas de acción del modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral	{79
2.2.3.1	Gestión de los servicios de salud oral	{79
2.2.3.2	Modelo de Atención en Salud Oral	{81
2.2.3.3	Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Oral	{87
2.2.3.4	Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica.....	{94
2.3	TERCER EJE – FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ODONTOLÓGICO	{95
2.3.1	Consideraciones temáticas sobre el Eje.....	{95
2.3.2	Problematización	{98
2.3.3	Líneas estratégicas de acción para el fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico	{104
2.3.3.1	Dignificación de las condiciones de trabajo	{104
2.3.3.2	Prevención de las enfermedades y accidentes profesionales	{104
2.3.3.3	Educación continuada y permanente del talento humano	{105
2.3.3.4	Fortalecimiento de la relación docencia/servicio.....	{107
2.4	CUARTO EJE – PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN DE CONOCIMIENTO	{107
2.4.1	Consideraciones temáticas sobre el Eje.....	{108
2.4.2	Problematización	{112
2.4.3	Líneas estratégicas de acción para la producción y circulación del conocimiento	{113
2.4.3.1	Creación y captación de conocimiento en salud oral	{113
2.4.3.2	Compartir los conocimientos de salud oral generados en la ciudad	{114
2.4.3.3	Socializar y democratizar el conocimiento en salud oral	{115
	BIBLIOGRAFÍA.....	{116

Introducción

En los últimos cuatro años han tenido lugar una serie de cambios y transformaciones en el ámbito político, el normativo e institucional, que sumados a las dinámicas agenciadas desde el mismo campo de la Política de Salud Oral, exigen la revisión y ajuste de los lineamientos que han regulado las prácticas institucionales de la salud oral en Bogotá.

Entre éstos cambios podemos señalar, la Ley 1122 de 2007 que reforma la Ley 100, la formulación del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 que define a la salud oral como una de las prioridades de salud en el país, la Ley de Talento Humano en Salud, la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, el cambio de Gobierno Distrital con la consiguiente adopción de un nuevo Plan de Desarrollo y la realización del II Encuentro Internacional de Salud Bucal Colectiva en Bogotá, agosto 2008. Cambios normativos como los señalados, son expresión de transformaciones en la manera de organizar la respuesta social en salud.

En la perspectiva de adecuar la Política de Salud Oral a éstos nuevos contextos, se ha organizado una línea de trabajo en la ciudad liderada por la Secretaría Distrital de Salud, con el objeto de desarrollar un ajuste a la Política con la participación de diversos actores sociales e institucionales de la ciudad. El presente Documento recoge las discusiones y propuestas elaboradas con este propósito, reconociendo desde una perspectiva crítica los avances que se vienen agenciando en la ciudad desde el 2004 cuando se inicia la ejecución de la Política de Salud Oral.

Los últimos seis años han testimoniado el fortalecimiento de la salud oral en la ciudad, materializándose en aspectos tales como:

- La implementación de las Estrategias de Promoción de la Salud Oral en diferentes ámbitos de vida cotidiana como en la familia, Colegios Distritales, jardines infantiles, casas vecinales, comedores comunitarios, FAMIS y HOBIS, instituciones de protección y atención para niños, niñas, adolescentes y persona mayor, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y espacios laborales del sector informal.
- Formulación participativa de las Guías de Práctica Clínica de Caries, Enfermedad Gingival, Cirugía Básica, Enfermedad Pulpar y Periapical, instrumento para la historia clínica. Se encuentran en proceso de formulación las Guías de Atención en Salud Oral para Gestantes, Guía de Bioseguridad, Guía de Atención en Salud Oral para el Paciente Sistémicamente Comprometido, Guía de Odontopediatría y Guía de Higiene Oral.
- Diseño y puesta en marcha del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Salud Oral, SISVESO.
- Implementación de procesos de educación continua del talento humano.
- Desarrollo de algunos Proyectos de investigación.
- Desarrollo de programas de docencia-servicio con las universidades.
- Desarrollo de programas exitosos con la comunidad en algunas Localidades.

Éstos logros colectivos que han conjugado la armonización de esfuerzos y recursos de distintos sectores, instituciones y niveles operativos de la Política, han abierto una senda de trabajo, que implica asumir nuevos retos, para superar problemas históricos y nuevos, en la perspectiva de garantizar el Derecho a la Salud Oral en Bogotá.


De otra parte, tal como quedó plasmado en el Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: para vivir mejor” existe un compromiso en la ciudad por consolidar un modelo de promoción y atención integral en salud oral. El Plan de Acción de Salud Oral que se construyó en el marco de este Plan de Desarrollo se propuso mejorar el nivel de salud oral de la población centrando su atención en el acceso a los servicios, prácticas sociales de cuidado y mecanismos de sostenibilidad de las respuestas. A la luz del presente ajuste, éstos elementos son retomados en una apuesta de Política que incorpora otros referentes con el objeto de superar las debilidades identificadas en el proceso de balance general de Política.

El presente Documento está organizado en dos partes, por un lado los marcos de referencia que

recogen elementos político-normativos, situacionales y conceptuales y que cumplen la función de regular la formulación de la Política en un sentido transversal. De otro lado, los lineamientos específicos de la Política que definen la perspectiva estratégica y las acciones que la materializan para los próximos 10 años. Este material debe ser entendido como un insumo del proceso dinámico y permanente que debe caracterizar la construcción de la Política de Salud Oral, cuyos elementos programáticos y definiciones más precisas serán resultado de concertaciones con diferentes actores, quienes asumieron un rol de ciudadanía, se comprometen a trabajar por mejores condiciones de salud oral y de calidad de vida para la ciudad.







1.

Marco de referencia

1.1

MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO

1.1.1 MARCO POLÍTICO

Las Políticas Públicas se sustentan en determinadas posturas, lo cual se constituye en factor de viabilidad y factibilidad de la Política en cuestión. Un problema público es una construcción que se enmarca en un determinado contexto y requiere, además de contar con un reconocimiento público, obedecer a una problematización¹.

La salud constituye un derecho humano contemplado en la Carta Política de las Naciones Unidas; es un compromiso de las naciones que se destaca en conferencias mundiales como la Conferencia de Población de El Cairo, realizada en 1994; y en declaraciones internacionales como la Declaración por la Salud de los Pueblos de Alma Ata, en 1978. Es un bien al cual se puede tener o no acceso y es un indicador de desarrollo humano y social. Constituye además un constructo complejo y multifactorial donde convergen, entre otras, dimensiones biológicas, culturales, sociales, Políticas, económicas y de género. De acuerdo con la

¹ MOLINA G.; CABRERA, G.A. (Comp). Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Grupo de Investigación en Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia, 2008.

Organización Mundial de la Salud, OMS, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social del ser humano y no sólo la ausencia de enfermedad. Esta definición, creada por la OMS (1948), y que se encuentra vigente en el contexto internacional, lleva a concebir la salud como un estado de la persona, ligado a aspectos subjetivos como la cultura, las creencias y la identidad².

El Derecho a la Salud está en directa relación con la distribución del ingreso, con la seguridad social y con la protección social, así como con la disposición que se haga en cada país de servicios de salud adecuados y de Programas y acciones de salud pública destinados a erradicar o a minimizar problemáticas prevenibles y a fomentar prácticas saludables en la población. En este sentido, requiere de la existencia de normas, instituciones, leyes, Políticas y un entorno propicio para su disfrute, lo cual implica que estas disposiciones constituyan parte esencial en los Planes y Proyectos de desarrollo de todos los estados.

Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, son criterios con los cuales se pueden evaluar el respeto al Derecho a la Salud. Los valores de universalidad y equidad en salud tienen aceptación prácticamente generalizada en el mundo de hoy. Contar con sistemas de salud que atiendan a todos los ciudadanos sin distinción de clase social, raza, credo, género u otras condiciones sociales, es requisito para una vida colectiva digna. Éstos valores se encuentran consagrados en la mayoría de los textos constitucionales de los países y han sido ratificados por Resoluciones de la Organización Pa-

namericana de la Salud, OPS y la Organización Mundial de la Salud, OMS³.

Inequidades en salud

Cada vez más hallazgos e investigaciones muestran la relación entre las condiciones de vida y el Proceso Salud Enfermedad (PSE). Los determinantes sociales de la salud señalan diferencias sustanciales entre los distintos sectores de la población, definidos por sus características económicas, sociales, geográficas, culturales y de género, entre otras.

Circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud⁴.

Específicamente en salud oral, el último informe sobre este tópico de la OMS reconoce que “el mayor riesgo para la salud oral está en los determinantes socio-culturales: condiciones de vida en

2 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos. <http://www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf>, consultado el 5 de enero de 2010.

3 SUÁREZ, J.M. Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXII. Primer Congreso de Medicina y Salud, UNAM, Ciudad de México, 22 a 24 de abril de 2009. http://www.mex.ops-oms.org/documentos/equidad/universalidadequidadsalud_0409.pdf, consultada el 21 de diciembre de 2009.

4 CEPIS-OPS-OMS. Proceso Global de Aprendizaje sobre el Enfoque de los Determinantes Sociales de Salud para Formulación de Políticas Públicas: Justicia Social y Equidad en Salud, 2006. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdemu/fulltext/cursodssv2.pdf>, consultada el 6 de enero de 2010.

pobreza, bajo nivel educativo, falta de creencias, tradiciones y cultura de salud oral”.

Por sus características, los servicios de salud oral se constituyen en un buen referente para evaluar el desempeño en equidad de un sistema de salud. Se puede afirmar esto en consideración a que se trata de patologías crónicas que demandan un proceso de adherencia prolongado a los servicios, a pesar que en la mayoría de los casos, estas no representan un riesgo inminente para la vida; se trata de problemas que aunque generalizados presentan una frecuencia y severidad mayor en aquellos grupos humanos que viven en condiciones social y económicamente más adversas. Adicionalmente, la salud oral no es reconocida como un bien social deseable teniendo en cuenta que los individuos adecuan sus expectativas de salud oral a las condiciones sociales, materiales, culturales y morales en que se desarrollan sus Proyectos vitales.

Ciudadanía y participación en salud

Colombia establece en la Constitución Política de 1991, el derecho de todo ciudadano y ciudadana a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político en la vida cívica y comunitaria del país. La salud constituye uno de los ámbitos de participación de mayor relevancia y en el contexto de la globalización las acciones políticas son necesarias a la vez que revisten cada vez mayores niveles de complejidad⁵.

Durante mucho tiempo la participación en salud fue definida fundamentalmente a partir de

su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión política. Para que la participación democrática en los servicios de salud sea realmente efectiva, además de la existencia de espacios y mecanismos, se necesita que una serie de requisitos de orden político, organizativo y poblacional estén presentes: recursos e información suficiente, existencia de organizaciones, voluntad de la población a participar y, sobre todo, la voluntad de los servicios de compartir las decisiones en salud y la capacidad de dar respuestas a las necesidades de la población⁶.

Históricamente en el Sector Salud la participación se ha entendido como la posibilidad de escuchar las opiniones de los individuos, solicitar información de éstos, o su vinculación a las tareas organizativas y administrativas de los servicios. Es fundamental en el caso de la salud oral incorporar una visión más amplia y política de la participación en el sentido de garantizarle a la población su vinculación activa en la toma de decisiones incluyéndola en tareas de diseño, planeación, implementación y seguimiento de la Política. Adicionalmente, la acción colectiva que oriente la Política debe ser capaz de garantizar el Derecho a la Salud Oral.

Salud, diversidad y enfoque diferencial

En una sociedad multicultural y diversa como la actual, las Políticas públicas no deben ser unidimensionales, sino tener en cuenta que los bienes que distribuyen (salud, educación, seguridad,

5 CÁCERES –MANRIQUE, FM. Oportunidades y Amenazas para la participación en salud en el escenario de la globalización. Rev MedUnab., vol 12 No. 2 Agosto de 2009. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/page/revistamedunab/1222009/medunabagost2009oportundamenaz.pdf>, consultada el 5 de enero de 2009.

6 VÁSQUEZ, ML.; E. SIQUEIRA, Kruze I; DA SILVA, A Leite IC Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit 2002;16(1):30-38.

cultura y otros) tienen como receptor a un público cada vez más heterogéneo, afirma Zapata-Barretero (2009)⁷, quien añade que “querer resolver problemas de desigualdad social y económica sin ver que estamos ante un proceso de pauperización lento de determinadas expresiones culturales y religiosas, puede consolidar la diferenciación de la sociedad por razones de nacimiento, rasgos físicos y pertenencia cultural. La innovación administrativa y política tiene hoy un claro vínculo con las nuevas dinámicas de diversidad existentes”.

El enfoque diferencial en salud implica el reconocimiento de los diferentes actores sociales como sujetos de derecho⁸. En Colombia este enfoque se sustenta jurídicamente en la Sentencia T-025 de 2004, el Decreto 250 de 2005 y el Acuerdo 08 de 2007. Bogotá, de acuerdo con la Secretaría Distrital de Planeación⁹ ha experimentado “una ebullición de términos del surgimiento de Políticas enfocadas al reconocimiento de la diversidad, la pluralidad cultural y la interculturalidad”. Tanto el concepto de población como el alcance de las Políticas poblacionales han constituido motivo de debate y de reflexión. El reto en las instituciones distritales es el de materializar el enfoque diferencial, lo que implica al menos dos tipos de acciones, la comprensión de los fenó-

menos de la diversidad y adecuar la respuesta social a sus particularidades.

Para el campo de la salud oral el enfoque diferencial se materializa en una orientación de política que incluya acciones afirmativas diseñadas y adecuadas según las particularidades de grupos poblacionales. Los Planes locales, las redes de servicios, los procesos de promoción y atención integral deben ser sensibles a estas realidades y responder de manera pertinente a las necesidades diferenciales, parte de esta tarea pasa por reconocer las relaciones entre la construcción de estas identidades y los determinantes socioeconómicos de la salud oral. Esta política debe tomar en consideración particularmente a las personas en situación de discapacidad, población indígena y población en situación de desplazamiento por causa de la violencia política.

Salud y territorialidad

Según lo afirman Sánchez y León¹⁰, “en los últimos años, el concepto de “territorio” y el calificativo “territorial” se han transformado en un “lugar común”. Es frecuente el uso de conceptos como ordenamiento territorial, división territorial, planeación del territorio, Políticas territoriales, sin embargo, este uso cotidiano no se ha acompañado, como en otros casos, de una adecuada reflexión sobre lo que implica hablar de territorio. Añaden los autores que “el concepto de territorio está ampliamente ligado con el de espacio y por lo tanto, la forma en que se comprende el territorio está relacionada con la forma como se conciba el

7 ZAPATA-BARRERO, R. Diversidad y Política Pública. Papeles, No.104 2008/09: 93-104.

8 Ministerio de la Protección Social. Proyecto IDPs II. Convenio 114 de 2006 MPS-OPIM. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16651DocumentNo5265.PDF>, consultada el 11 de enero de 2010.

9 SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales. Referentes conceptuales para debatir el enfoque poblacional y el alcance de las Políticas Poblacionales. http://www.sdp.gov.co/www/resources/no_98.pdf, consultada el 6 de enero de 2010.

10 SÁNCHEZ, V.; LEÓN, N. Territorio y salud: Una mirada para Bogotá. Rev. Universidad Nacional de Colombia. Septiembre de 2008: 203-244. <http://www.digital.unal.edu.co/dspace/bitstream/10245/1000/9/08CAPI07.pdf>, consultada el 4 de enero de 2010.

espacio". Hablar del territorio como una construcción social, "no es decir que es una representación mental, el territorio es la materialización del proceso permanente de reproducción social".

En la medida en que el campo de la salud oral, se ha dominado por una visión biologicista de la enfermedad, que no toma en cuenta los determinantes sociales y que su práctica, se ha centrado en la acción clínica; la percepción del territorio no ha sido un referente de sentido para la planeación y organización de las tareas propias del campo.

Sostenibilidad de los Sistemas de Salud

La sostenibilidad –o sustentabilidad– es el reto que enfrentan los procesos colectivos humanistas y sensibles frente al entorno, en medio de un contexto enmarcado por el consumismo desmedido y la depredación; implica anticiparse en la atención de las necesidades del presente a las necesidades futuras. El "desarrollo sustentable" involucra el aumento sostenido del nivel de bienestar individual y colectivo de la sociedad. En este concepto existen dos elementos inseparables: medio ambiente y desarrollo. El medio ambiente sintetiza la compleja red de relaciones entre sociedad y naturaleza en un momento determinado. El desarrollo le permite a los individuos y grupos humanos mejorar su bienestar, a través de la satisfacción de sus necesidades y sus aspiraciones¹¹.

11 TOBASURA, I. El desarrollo sustentable: una cuestión de equidad Social. Universidad de Caldas. http://lunazul.ucaldas.edu.co/index2.php?option=com_content&task=view&id=247&l, consultada el 8 de enero de 2010.

Rectoría como componente de la gobernabilidad

La finalidad de la rectoría pública en salud, en el marco del estado social de derecho es la de garantizar equidad y condiciones de calidad de vida para toda la población. En éstos términos la evaluación de la rectoría pública no puede reducirse al cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.

Los problemas de la rectoría pública en salud oral en Bogotá, no deben leerse solamente en función de las transformaciones generales del Estado y la asignación de sus nuevas funciones, sino que debe entenderse como parte de la precarización del proceso de institucionalización de la salud oral en su conjunto. Esto se refleja, por ejemplo, en la limitación de los recursos para responder a las demandas y necesidades existentes.

Reflexiones críticas entorno a las reformas recientes al Sector Salud en Colombia

El sentido de cualquier reforma en los sectores sociales deberá enfocarse siempre al servicio del bienestar social, de un mejor nivel y situación de salud y de las condiciones de vida de la población. Es necesario hablar de una reforma sanitaria integral y no de una reforma sectorial, lo cual no puede hacerse desarticulado del modelo de desarrollo imperante. "Se trata de formular una política social integral (La interacción de los sectores con la comunidad y el Estado; de lo público y lo privado; de la sociedad política y la sociedad civil, todos al unísono)" afirma Franco en su análisis a la Reforma en la Salud en Colombia¹².

12 FRANCO, A. Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la Reforma. Revista de Salud Pública Volumen 2, Marzo de 2000 Número 1: 1-16. <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n1/Rev211.htm>, consultada el 9 de enero de 2010.

La salud oral en el Marco Político Internacional y Nacional

La promoción y el mejoramiento del estado de salud bucodental en las Américas contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de desarrollo general mundial¹³. La salud bucodental continúa siendo una faceta crucial de las condiciones generales de salud en América Latina y el Caribe, dada la importancia que reviste como parte de la carga mundial de morbilidad bucodental, los costos relacionados con el tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

La atención de salud deficiente y desigual, las tendencias cambiantes de las enfermedades bucodentales, el aumento en los costos y la reducción de la inversión en Programas de Salud Pública Bucodental, son signos prominentes de la crisis sanitaria actual en las Américas. *De acuerdo con pruebas científicas fehacientes, la salud bucodental y la salud general están interrelacionadas, en particular, las infecciones bucodentales y los resultados adversos del embarazo.* También existen factores de riesgo comunes en las enfermedades bucodentales y las crónicas, como la Diabetes Sacarina, las Cardiopatías y los Accidentes Cerebrovasculares¹⁴.

Las barreras que impiden que la atención de salud bucodental equitativa esté al alcance de la población en las Américas son, entre otras:

- La falta de apoyo a las Políticas y las leyes.
- El aumento en el costo de la atención dental.
- La falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucodental.
- El acceso desigual a los servicios de atención de salud bucodental, especialmente de los grupos vulnerables como el de las mujeres, los niños, los indígenas y las personas con discapacidades físicas y de edad.
- Factores culturales, de género y otros factores sociales.
- La deficiente calidad de la atención de salud bucodental.

La Estrategia de Salud Oral y Plan de Acción de la OPS 2005 – 2015, parte de la necesidad de enfatizar en el desarrollo de Políticas de Salud Oral con mayor coordinación en las áreas de Atención Primaria de Salud y metas del milenio, así como una mejor coordinación con socios externos; a esto se suma el ofrecer una mayor atención a los países prioritarios y a los grupos vulnerables.

La Estrategia y Plan de Acción de la OPS, asume los retos dinámicos y persistentes entorno a la salud bucal del nuevo milenio. De acuerdo con el desarrollo del orden del día de las Naciones Unidas, la Estrategia de la OPS también soporta las tres Metas para el Desarrollo en el Milenio (MDM) relacionadas con la salud y desarrolladas en 2000. Facilita la cooperación técnica entre y con líderes públicos y privados, integrando tecnologías adecuadas e incrementando las intervenciones comprobadas.

La principal meta de la Estrategia es reducir la carga de la Enfermedad Bucodental para el 2015. Los objetivos propuestos en este Plan, son reducir

13 OPS/CDA/FDI Reunión Regional de Jefes de Salud Oral 93º Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional, Sesión de Salud Pública. Estrategia de Salud Oral y Plan de Acción de la OPS 2005 – 2015. Montreal, Canadá, 2005.

14 OPS. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucal, junio 2006.

el índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años en los países; mejorar la evaluación y el tratamiento de otros problemas de salud bucodental en la región; y aumentar el acceso individual a los servicios de salud bucodental¹⁵.

El Sistema de Medición diseñado por la OPS, mide el progreso de los países a través de un Programa de Salud Bucal continuo; el resultado del CPOD 12, se evidencia en tres categorías: **Emergente** (CPOD-12 > 5; sin programa nacional de sal y agua fluoruradas); **en Desarrollo** (CPOD-12 entre 3 y 5; sin programa nacional de fluoruración de sal y agua) y **de Consolidación** (CPOD-12 < 3; con disponibilidad de programas de sal y agua fluoruradas)¹⁶.

Este Sistema de Clasificación condujo a diversos desarrollos, que incluyó la implementación de un amplio programa de fluorización de agua o sal en la región. Además, la convocatoria adelantada por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, para obtener las líneas basales realizadas por los países, han resultado en encuestas de salud bucal de más de 43 países que evalúan el CPOD y la exposición al Fluoruro. Y analizan la relación costo beneficio, los sistemas de vigilancia epidemiológica para la fluorización, la transferencia tecnológica, los sistemas de seguimiento y evaluación, para determinar la efectividad de los Programas Nacionales de Fluorización. La tipología permite a la OPS trabajar con los gobiernos de

las naciones, con el propósito de dirigir a los países con Políticas más adecuadas y efectivas para mejorar la calidad de los indicadores (Los registros más bajos reflejan una mejor calidad en la salud bucal). Los objetivos propuestos del Plan, son reducir el índice CPOD-12 para todos los países, mejorar el índice y tratamiento de los demás problemas de salud bucal de la región, e incrementar el acceso a los servicios de salud bucal para cada individuo.

La Estrategia está diseñada para construir una intervención similar costo-efectiva, sobre modelos de mejores prácticas usadas en los Programas de Fluorización¹⁷. Los objetivos pueden estar acompañados por un sistema de salud integrado que conjugue los servicios de salud bucal, con la salud general. Finalmente, la Estrategia reconoce que una agenda de salud bucal común requiere de asociaciones fortalecidas entre las comunidades dentales públicas y privadas¹⁸.

- *Carta de Brasilia sobre salud bucal en las Américas*

En el 2009 se llevó a cabo el Encuentro Latinoamericano de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal, que dio como resultado la denominada Carta de Brasilia sobre la salud oral en las Américas. Las conferencias en este encuentro, que contó con la participación de Colombia, abordaron temas sobre los sistemas de salud bucal de las Américas, el uso racional del Fluoruro, la educación odontológica en América Latina, el

15 OPS/CDA/FDI Reunión Regional de Jefes de Salud Oral 93° Congreso Mundial de la FDI, 2005. Op Cit.

16 OPS, Secretaría de Salud de México, Asociación Mexicana de Escuelas de Odontología, Asociación Dental Mexicana. Taller de Salud Oral para la Región de las Américas. Un llamado a la Acción para lograr comunidades libres de Caries en las poblaciones más vulnerables de la Región. <http://www.cenave.gob.mx/saludbucal/tallerdocumentoregionalfinal.pdf>, consultada el 23 de abril de 200.

17 Entre las Estrategias propuestas por OPS para facilitar el acceso a la atención odontológica se encuentra la Práctica de Restauración Atraumática – PRAT, que por sus características no constituye una respuesta integral a las necesidades de la población.

18 OPS/CDA/FDI Reunión Regional de Jefes de Salud Oral. Op cit.

desarrollo de la Red Latino-Americana de Salud Bucal, y los desafíos para la construcción de Políticas Nacionales de Salud Bucal.

Entre las principales *Líneas de Acción de la Carta*, se encuentran:

- Buscar la integración de actores de diferente naturaleza para la construcción de una Política Pública de Salud Bucal en cada uno de los países y con la visión de una política latinoamericana, integrando acciones promocionales, preventivas y asistenciales en todos sus niveles, con énfasis en la Atención Primaria en Salud cuyos contenidos se relacionan con la salud bucal.
 - Gestión de recursos para garantizar el derecho a la salud bucal con equidad e inclusión social, bajo el rol protagónico del Estado y la participación social.
 - Desarrollar mecanismos de cooperación horizontal entre los países y fortalecer capacidades de gestión social e institucional posicionando a la salud oral como un bien deseable y socialmente valorado.
 - Avanzar en la comprensión de los determinantes sociales de la salud oral y generar estrategias para su intervención.
 - Propender por las condiciones dignas del trabajo para el talento humano y avanzar en la pertinencia e integralidad en los procesos de formación.
 - Desarrollar estrategias para la apropiación social de la Política por las poblaciones, mecanismos de institucionalización, investigación, evaluación, rendición de cuentas y construcción de memoria.
- Plan Nacional de Salud Bucal Producto de la crisis generada por la posibilidad de que las acciones de salud oral no se incluyeran en los Planes de Beneficio POS del SGSSS, el Ministerio de la Protección Social asume el compromiso de formular un Plan Nacional que se constituya en respuesta a la problemática nacional de salud oral. El Plan Nacional de Salud Bucal fue adoptado mediante Resolución 3577 de 2006 que incluye Líneas Estratégicas, tales como la garantía del acceso a los servicios, gestión de la salud bucal en los territorios, la gestión integral del recurso humano y la gestión de la información.

Aunque son débiles los avances en términos de fortalecimiento de la rectoría pública necesaria para desarrollar las líneas propuestas por el Plan son débiles, se consideran como aspectos positivos la inclusión de la salud bucal como una de las prioridades nacionales de salud pública y su consecuente inclusión en los Planes territoriales de acciones colectivas, la construcción de líneas de base para hacer seguimiento al cumplimiento de las metas del PNSP y el inicio del IV Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV. Para cimentar la salud bucal colectiva en los pilares del Sistema General de Seguridad Social en Colombia es importante reconocer los indicadores de salud bucal. Las situaciones de inequidad que plantean un mayor compromiso de los diferentes sectores justifican aún más el llamado a la conciencia colectiva desde Políticas sociales acordes con la realidad. Así mismo, las iniciativas de monitoreo y el seguimiento de las actividades encaminadas a mejorar las condiciones de salud bucal no deben desligarse de los conocimientos, actitudes y prácticas de

las comunidades y, por tanto, pensar en salud bucal colectiva es hacer un llamado a los profesionales para asumir una posición más crítica con la odontología, como subsector de desarrollo de la salud, que los comprometa con el cambio social.

1.1.2 MARCO NORMATIVO

La Constitución Política de Colombia de 1991, define a Colombia como un Estado Social de Derecho organizado en forma de República Unitaria, Descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

Las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 1122 de 2007 y 715 de 2001, desarrollan los fundamentos que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determinan su dirección, organización y funcionamiento, normas administrativas, financieras, de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación bajo los fundamentos de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

El Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el Cuatrienio 2007 – 2010 que será de estricto cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud,

las entidades promotoras de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los Regímenes Especiales y de Excepción y los Prestadores de Servicios de Salud. Este Decreto estableció la Salud Oral como la tercera prioridad nacional en salud. Allí se consignan las metas nacionales y las estrategias para mejorar la salud oral, en cuanto a promoción de salud, prevención de riesgos, recuperación de la salud y vigilancia en salud.

La Resolución 412 de febrero 25 de 2000, estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y guías de atención, para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública. En esta Norma Técnica se incluyeron, para la atención preventiva en salud bucal, las siguientes actividades: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes de foseas y fisuras; y el detartraje supragingival.

El Programa de Adición de Flúor a la Sal para Consumo Humano, fue aprobado mediante Decreto 2024 de 1984 reglamentado por la Resolución 15200 del mismo año. En el Artículo 4° del Capítulo II, define que la sal para consumo humano debe contener Yodo como Yoduro en proporción de 50 a 100 partes por millón y Flúor en proporción de 180 a 220 partes por millón junto, en cuanto a los requisitos y condiciones sanitarias de proceso, reempaque o reenvase y comercialización de la sal para consumo humano, se deben acoger a las normas en el Decreto 2333 de 1982 y los que los modifiquen.

Sentencia T.760 de 2008, de la Honorable Corte Constitucional que ordena revisar y unificar los Planes Obligatorios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009, de la Comisión de Regulación en Salud, CRES, mediante la cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Este Acuerdo excluye del Plan Obligatorio de Salud los tratamientos de Periodoncia, Ortodoncia, Implantología, Prótesis y Blanqueamiento Dental. Unifica los Planes Obligatorios de los Regímenes Subsidiado y Contributivo para los menores de 18 años. El Gobierno Nacional, con el fin de establecer la viabilidad de unificar los dos Planes Obligatorios y, conocer el costo que esto implica para el Sistema, ha iniciado un Plan Piloto en Barranquilla que se puede extender a otras ciudades para todos los grupos de edad.

En cuanto a las normas propias de la odontología la *Ley 10 de 1962 se ocupa de los requisitos para ejercer la profesión de odontólogo en el territorio nacional y sus Decretos Reglamentarios*; y la *Ley 35 de 1989 de Ética en Odontología*. Esta Ley conocida como el *Código del Odontólogo Colombiano declara los principios de la ética en odontología, establece las faltas a la ética en cuanto a la relación del odontólogo con sus pacientes, colegas, personal auxiliar, instituciones, la sociedad y el Estado. Crea los tribunales de ética y describe el proceso ético-disciplinario. Su Decreto Reglamentario es el 491 de 1990.*

Decreto 3616 de octubre 10 de 2005. Por medio del cual se establecen las denominaciones de

los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones. En este Decreto se unifica al auxiliar de consultorio dental y al auxiliar de higiene oral en un solo perfil denominado Auxiliar de Salud Oral, el cual con un año de capacitación cumple con las funciones administrativas y clínicas que tenían los dos auxiliares anteriores. En cuanto a la delegación de funciones que se puede hacer a este personal, se encuentran las actividades de promoción y prevención contempladas en la Resolución 412 del 2000, siempre bajo la supervisión y responsabilidad del odontólogo. Tal como se recomienda en las Guías de Manejo Clínico, esta delegación debe partir del diagnóstico que realiza el profesional y no previa al diagnóstico como se acostumbra en algunas instituciones.

Ley 1164 del 3 de octubre de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, cuyo objeto es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en éstos procesos.

Resolución 1101 de noviembre de 2009. Por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública. Entre sus objetivos está, el de construir conjuntamente, Secretaría Distrital de Salud, universidades, organizaciones académicas, Organización Panamericana de la Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y otros actores sociales del Distrito Capital, propuestas para el fortalecimiento en



la formación y capacitación del talento humano en salud pública, que articule las Políticas, Planes, Programas y estrategias de salud pública y educación superior, con acciones a corto, mediano y largo plazo.

Decreto 1011 de 2006 y su **Resolución 1043 de 2006**. Por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores para habilitar los servicios.

Decreto 3518 de 2006. Por el cual crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Este Decreto determina los conceptos y aspectos operativos básicos del Sistema Nacional y sirve de referente para los Subsistemas de Vigilancia como el de salud oral, SISVESO.

Ley 38 de enero de 1993 del Congreso de Colombia, la cual unifica el Sistema de Dactiloscopia y se adopta la Carta Dental para fines de identificación. Dispone que a partir del 1° de enero de 1993, todos los consultorios odontológicos, tanto públicos como privados, están obligados a levantar una carta dental y mantener su respectivo archivo.

Resolución 1995 de julio de 1999 por la cual el Ministro de Salud establece Normas para el Manejo de la Historia Clínica.

Decreto 190 de 1995 del Ministerio de Salud, se refiere a los convenios docente asistenciales que se podrán establecer, con la participación de las entidades educativas universitarias autorizadas por la Ley 30 de 1992, por las entidades educativas de carácter formal o no formal contempladas en la Ley 115 de 1994 y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud legalmente reconocidas.

Ley 1438. "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Esta Ley tiene como objeto el *fortalecimiento* del Sistema General de Seguridad Social en Salud *a través de un modelo* de prestación del servicio público en salud que en el marco de la *Estrategia Atención Primaria en Salud* permita la acción coordinada del *Estado, las instituciones y la sociedad* para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean *los residentes* en el país.



1.2

MARCO SITUACIONAL

1.2.1 DEMOGRAFÍA

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2005) la población de la ciudad pasó de 5.699.655 personas en 1995 a 6.840.116 en el 2005 y se proyectaron 7.363.782 personas, para el 2010; y 7.878.783 para 2015. Para el 2005 la Localidad de mayor volumen poblacional fue Kennedy con 951.073 personas y la de menor fue Sumapaz con 5.792. (Tabla 1)

Tabla 1. Proyecciones de población de Bogotá, 2005-2015

Población			
Año	Total	Hombres	Mujeres
2005	6.840.116	3.285.708	3.554.408
2010	7.363.782	3.548.713	3.815.069
2015	7.878.783	3.810.013	4.068.770

Fuente: DANE. Censo 2005. Proyecciones de población demográfica. Bogotá 2005-2020.

En los años 90 la ciudad empezó a estabilizar su transición demográfica, creciendo lentamente y consolidando su clase media (PNUD, 2008). El crecimiento demográfico ha disminuído paulatinamente, como lo muestra la siguiente Tabla.

Tabla 2. Crecimientos poblacionales de Bogotá, 2005-2020

Tasas medias anuales de crecimiento (%)		
Período	Exponencial	Geométrico
2005-2010	1,48	1,49
2010-2015	1,35	1,36
2015-2020	1,24	1,24

Fuente: DANE. Censo 2005. Proyecciones de población demográfica. Bogotá 2005-2020.

Para el año 2007, en Bogotá la edad mediana, es decir, la edad que divide la población en una mitad más vieja y otra más joven, fue de 28 años.

Encontraron Localidades más jóvenes con una mediana de 23 años como Usme y Ciudad Bolívar; seguidas por Sumapaz, con 24 años; Bosa, 25 años; San Cristóbal, 26 años, mientras que en Localidades como Teusaquillo, Barrios Unidos, Chapinero y Candelaria, las edades medianas se encuentran entre los 32 y 34 años.

La comparación entre las pirámides poblacionales de los años 2000 y 2010 de la ciudad muestra evidencias de transición demográfica, pues aunque predomina la población joven adulta, existe una tendencia al aumento progresivo de la proporción de adultos mayores, lo cual obliga al fortalecimiento de servicios y Programas dirigidos a este grupo poblacional.

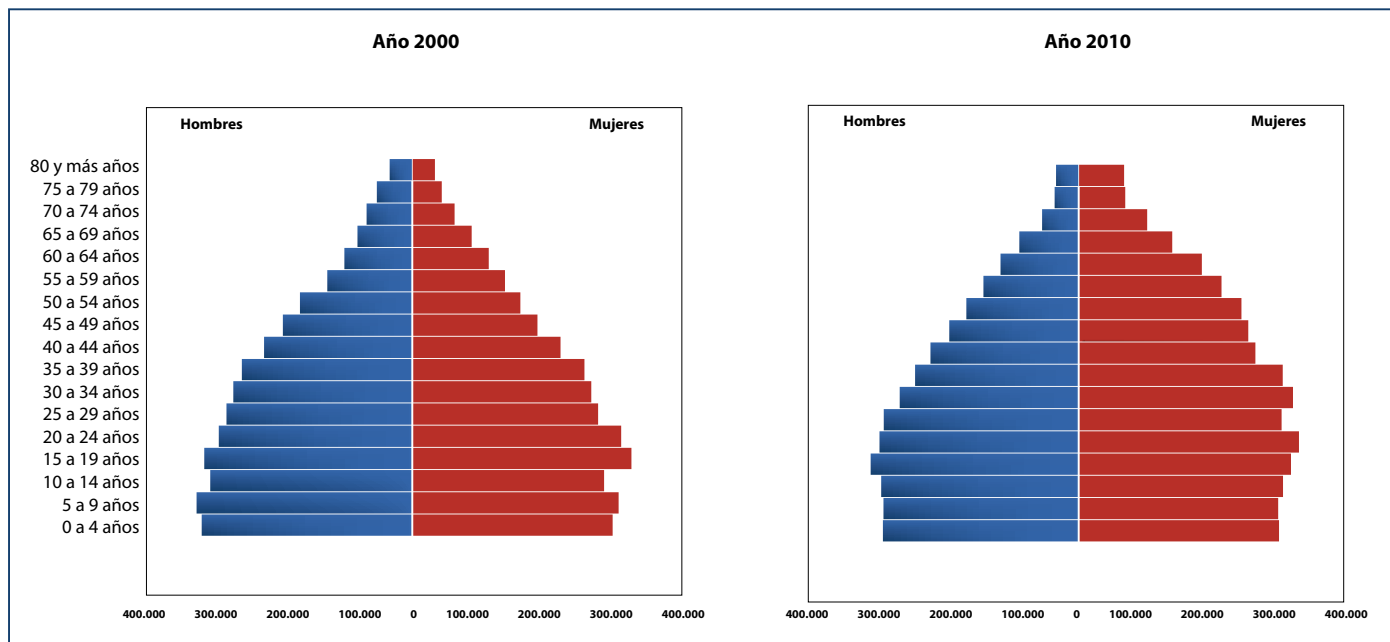
Las diferencias en las pirámides poblacionales según Localidad son importantes. La Encuesta de Calidad de Vida para Bogotá 2007 clasificó las Localidades en tres perfiles generales de composición por edad y sexo de la siguiente manera:

Localidades con población expansiva o crecimiento rápido: son aquellas en las cuales el mayor número de personas se encuentran en las edades menores. Dentro de ellas se encuentran: Usme, Bosa, Fontibón, Suba y Ciudad Bolívar. En estas Localidades tanto los problemas de salud oral como las estrategias de intervención deben tener especial atención en los niños y niñas.

Población constrictiva o de crecimiento lento: las Localidades donde se presenta un menor número de personas en las edades menores, son Usaquén, Kennedy, Engativá, Barrios Unidos y Antonio Nariño.

Población estacionaria o de crecimiento nulo o negativo: caracterizado por igual número de

Pirámides Poblacionales de Bogotá, años 2000 y 2010



Fuente: SDS, Dirección de Planeación y Sistemas, 2010.

personas aproximadamente en todos los grupos de edades, con una reducción gradual en las edades más avanzadas. Las Localidades que presentan este tipo de crecimiento son Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Tunjuelito, Teusaquillo, Mártires, Puente Aranda, Candelaria y Rafael Uribe Uribe. Algunas Localidades que se clasifican en este grupo presentan abultamiento en los grupos de edad de 20 a 24 y 25 a 29 años, lo cual se sustenta por la concentración de estudiantes de educación superior inmigrantes debido a la presencia de centros universitarios. En este caso la respuesta a problemas y necesidades de salud oral debe tener en cuenta especialmente a los adultos jóvenes y adulto mayor. Por otro lado, se presentaron fenómenos de migración entre la ciudad y otras regiones del país, e incluso en la misma Bogotá. Uno de los principales fenómenos de migración en Colombia

es el desplazamiento forzado por el conflicto armado. Bogotá continúa siendo el principal receptor (9% del total de desplazados del país) con más de 380.000 personas estimadas por CODHES, un 1,4% más de las incluidas en el registro oficial SIPOD de 223.087. Entre los años 2005 y 2008 se desplazaron cerca de 1.108.660 personas de las cuales 155.587 ingresaron a Bogotá, y se ha alertado sobre un incremento de más del 40% entre el primer semestre de 2008 y el mismo período de 2007. Según cifras de CODHES¹, el número de personas que arribaron a Bogotá producto del conflicto armado desde el 2002 hasta el 2007, tuvo un descenso importante en el 2003; y después un ascenso paulatino hasta superar las 40 mil personas en el 2007.

¹ www.codhes.org, Consultada el 2 de diciembre de 2010.

1.2.2 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ORAL EN BOGOTÁ

Bogotá se ha transformado en los últimos 15 años de manera evidente. Según el informe del PNUD (2008²), esta transformación tuvo su origen en la Constitución del 91, ya que mejoró la capacidad del Distrito para incidir en el desarrollo humano.

Entre los principales logros de la ciudad, se encuentran los que tienen que ver con:

El espacio público, oferta y uso de alamedas, bibliotecas y parques.

La movilidad de los ciudadanos.

La cobertura de los servicios públicos domiciliarios, provisión de servicios a cerca del 100% de los hogares ubicados en asentamientos legales.

Además de lo anterior, la ampliación de la cobertura de salud superior al promedio nacional y la universalización de la educación básica son resultado de las acciones de los Gobiernos Distritales. Así mismo, sus habitantes durante éstos lustros han cambiado sus imaginarios sobre la ciudad.

EQUIDAD Y POBREZA

Diferentes investigaciones sobre inequidades en salud oral muestran una fuerte relación entre el nivel de pobreza, condiciones de vida y la probabilidad de presentar ciertos cuadros clínicos y consecuencias graves en salud oral. Más precisamente, cuando un grupo poblacional está ubicado en posiciones más bajas en la clase social su probabilidad de tener una salud oral óptima se reduce. Es

por ello, un asunto prioritario, para la Política de Salud Oral del Distrito, considerar la situación en equidad y pobreza de la ciudad.

Varios indicadores muestran una mejoría en el bienestar de los habitantes de la ciudad en los últimos 10 años (PNUD, 2008³). En la ciudad el Índice de Desarrollo Humano (IDH) mejoró, al pasar de 0,8302 en el 2003 a un 0,8797 en el 2007. De igual forma mejoró el Índice de Desarrollo Humano relativo al género entre el 2003 y el 2007 de un 0,8267 a un 0,8700. La probabilidad al nacer de no vivir hasta los 60 años mejoró en esos dos años de 5,8 a un 5,6; mientras que el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza disminuyó de un 38,9% a un 23,8%. La esperanza de vida al nacer se ha proyectado en 77,08 en el quinquenio del 2005 – 2010 a 78,87 en el del 2015 – 2020 (DANE, 2005).

Tabla 3. Esperanza de vida al nacer en años

Período	Hombres	Mujeres	Totales
2005-2010	74,57	79,72	77,08
2010-2015	75,94	80,19	78,01
2015-2020	76,83	81,02	78,87

Fuente: DANE Censo 2005.

De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida del 2007, el 0,7% de los hogares bogotanos

2 PNUD. Bogotá una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá. Bogotá, 2008.

3 PNUD Bogotá una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá. Bogotá, 2008.

habitan viviendas cuyas condiciones son inadecuadas; el 0,2% no cuentan con servicios públicos adecuados y el 2,6% viven en condiciones de hacinamiento crítico. Adicionalmente, se presenta un 0,5% de inasistencia escolar y en 1,6% de los hogares existen condiciones de alta dependencia económica. En la ciudad, un 24% de los hogares manifiestan no tener los ingresos suficientes para cubrir sus gastos mínimos; un 56,5% expresa que sus ingresos son apenas suficientes para cubrir sus gastos; y un 19,6% dice contar con suficientes recursos como para satisfacer más que sus necesidades mínimas. Comparando los datos de la ECV 2003 con la del 2007, éstos indicadores han mejorado en el total de la ciudad y en la mayoría de las Localidades.

EDUCACIÓN

De acuerdo con la ECV 2007, la tasa de asistencia escolar para la población de 5 años y más en la ciudad es de 32,3%, representando 2'081.722 estudiantes. En los rangos de edad de 5 a 11 años y 12 a 15 años, correspondientes principalmente a los niveles preescolar, primaria y secundaria, las tasas de asistencia son superiores al 95,0%, en cambio, la asistencia a la educación superior solamente llega al 36,8%. Teusaquillo es la Localidad que presenta las mayores proporciones de población estudiantil para los diferentes rangos de edad, seguida por Chapinero y Usaquén, al contrario, Ciudad Bolívar y Usme, son las Localidades con menores tasas de asistencia para la mayoría de los rangos de edad. La percepción de los jefes de hogar sobre la educación pública es que ha mejorado en un 36,6%; está igual en un 24% y ha empeorado en un 19,8%.

SALUD

De acuerdo con la ECVB 2007, la cobertura de afiliación al SGSSS en la ciudad, fue de 86,6%, el 12,7% de la población no estaba afiliada a ningún régimen y el 2,5% no tenía información disponible al respecto. De las personas afiliadas, 73,2% pertenecían al Régimen Contributivo y 24,8% al Subsidiado. La evolución de la afiliación entre 2003 y 2007 muestra un descenso para el Régimen Contributivo de 81,4% en 2003, a 73,2% en 2007; y un aumento en el Régimen Subsidiado de 18,6% a 24,8%. En las Localidades de Teusaquillo, Chapinero y Usaquén la proporción de personas afiliadas al Régimen Contributivo superó el 88%, en tanto que Usme, Ciudad Bolívar y Sumapaz tuvieron menos de un 49%.

El porcentaje de personas no afiliadas es menor al 8% en las Localidades de Teusaquillo, Chapinero y Usaquén; mientras que en Mártires y Rafael Uribe Uribe, se encuentra por encima del 19%.

VIVIENDA

Según la ECVB 2007, en la ciudad el promedio de hogares por vivienda es de 1,04 y de personas por hogar es de 3,55, en tanto, el déficit cuantitativo de viviendas asciende a 82,56 (4,2%); y el tamaño promedio de un hogar es de 3,55 personas.

La percepción sobre los Programas de alimentación y nutrición con respecto al 2003 ha mejorado, lo mismo sucedió con los Programas de atención a la infancia y sobre el avance en igualdad de oportunidades para mujeres y grupos étnicos. Respecto a las condiciones de alimentación del hogar y la participación en las decisiones, se mantiene igual para la mayor proporción de los habitantes de la ciudad con relación al 2003. Sin embargo, la

percepción del respeto actual de los derechos humanos ha empeorado en un 31%; mientras que se percibe una mejora sólo en un 20% (ECVB, 2007).

1.2.3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD ORAL

Este análisis documenta tres dimensiones básicas: representaciones sociales, problemas de salud oral y consecuencias de los problemas de salud oral. Las principales fuentes de información utilizadas son los estudios nacionales de salud bucal y datos del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO) de la Secretaría Distrital de Salud.

1.2.3.1 Representaciones sociales, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral

En el Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III)⁴ realizado en 1998 en el Capítulo sobre representaciones sociales en salud bucal, en la población colombiana de 12 a 69 años al indagar “qué es tener una boca sana” las respuestas incluyeron: no tener Caries Dental (64,9%); tener los dientes blancos y parejos (41,6%); tener los dientes completos (26,8%); no tener mal aliento (24,5%); no tener placa bacteriana o cálculos (11%) y no tener dolor (10,9%) ni sangrado en las encías (3,4%).

4 Los resultados del ENSAB III, de 1998, se presentaron en dos grandes temas, las representaciones, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral y la morbilidad bucal. Esta última se analizó de acuerdo a las patologías más prevalentes como la Caries Dental, Enfermedad Periodontal, Fluorosis Dental y las Anomalías Cráneo-maxilofaciales.

La tendencia a una representación estética de la boca sana, en términos de tener dientes blancos y/o parejos es mayor en mujeres que en hombres y se evidencia en los jóvenes de 12 y 24 años, al igual, que se presenta, entre la población de la zona urbana y en aquellas personas con mayor nivel educativo. En Bogotá, sobre este mismo aspecto, el 59%, vincula la boca sana a no tener Caries Dental y el 46%, lo relaciona con tener los dientes blancos y parejos.

Por otro lado, el 88% de la población del país atribuye que la Caries se debe a un mal cepillado o no cepillado y el 21,7% considera que es producida por el consumo de dulces. En el país el 83,5% de la población cree firmemente que los alimentos muy pegajosos son los causantes del daño de los dientes. En Bogotá el porcentaje fue el valor más bajo en todo el país con un 77%.

Respecto a las prácticas en Salud Bucal en cuanto a la pregunta quien le enseñó a cuidarse la boca, el 71% de los encuestados expresaron que los padres, el 23% los maestros, el 16% los odontólogos, el 2,3% a través de radio y televisión, y un 19% tiene la percepción que nunca nadie le enseñó a cuidarse la boca. En Bogotá el 77% aduce que los padres les enseñaron a lavarse los dientes, el 18% los maestros, el 21% los odontólogos, el 2,8% a través de medios de comunicación.

En una evaluación realizada en Bogotá en el 2004⁵ a 5315 niños y niñas de grados 0 y 1, con una gran proporción de niños y niñas de 5 (41,0%) y 6 años (41,3%), de 60 instituciones públicas incluidas en el desarrollo de la Estrategia Escuela Saludable, se encontró que 77,31% se cepillaban la

5 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Investigación realizada por parte de las ESE de Bogotá, en el marco del Plan de Atención Básica en Salud Oral, 2004.









noche anterior; la gran mayoría con cepillo propio (92,5%); mientras un 6,1% lo comparten; y sólo el 13,3% utilizan seda dental o un equivalente en la higiene oral.

En el 2006⁶ se hizo un seguimiento a esta población para identificar los cambios alcanzados con el desarrollo de acciones colectivas al interior de los colegios. La muestra incluyó 5.327 escolares de los grados 1, 2 y 3; utilizando la misma metodología de valoración que en 2004, se encontró que el 52,1% de la muestra es la misma que participó desde 2004. Se observó una variación creciente en la inasistencia con el cepillado de cuidadores o adultos. Los niños identificados en un rango entre 6 y 10 años de edad, representaron el 80% de la población valorada y se consideraron como personas que deben ser supervisadas en el control de cepillado y uso de seda dental, por cuidadores o adultos (Padres y madres de familia), al no monitorearse el cepillado y uso de seda dental por parte de los adultos y cuidadores a los niños y niñas de estas edades, se considera que son una población altamente susceptible a riesgos y enfermedades de la boca.

En la información del SISVESO del 2009⁷ se encontró que el 77,5% de la población valorada no usa la seda dental, el 55,8% usa el cepillo y la crema dental, dos veces al día; y el 91,7% no usa el enjuague bucal.

6 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Investigación realizada por parte de las ESE de Bogotá, en el marco del Plan de Atención Básica en Salud Oral, 2004.

7 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Ciclo Vital (Infancia: hasta los 9 años; Juventud de 10 a 26 años; Adulthood de 27 a 59 años; Persona Mayor: mayores de 60 años). Resultados por Ciclo Vital de la información generada en el SISVESO, 2009. El 99,3% de la población examinada se encuentra en los Estratos Socioeconómicos 1, 2 y 3. El 38% de la población perteneciente al Ciclo de Infancia, se encuentra ubicado en el Estrato 1, Juventud en su mayoría está ubicada en el Estrato 2 (35,2%); en Adulthood, el 41% se ubica en el Estrato 3; al igual que la Persona Mayor con el 52%.

Tabla 4. Identificación de hábitos de higiene oral, según frecuencia de uso por etapas del ciclo vital

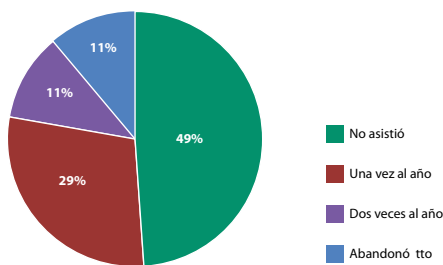
Frecuencia	Uso de seda dental							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 vez	24	3,4	169	10,0	195	15,3	14	11,7
2 Veces	10	1,4	86	5,1	93	7,3	9	7,5
3 o más veces	5	0,7	33	2,0	35	2,7	4	3,3
No usa	649	93,2	1386	82,2	938	73,7	93	77,5
Sin dato	8	1,1	12	0,7	12	0,9		
Total	696	100	1686	100,0	1273	100	120	100
Frecuencia	Uso de cepillo dental							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 vez	138	19,8	211	12,5	131	10,3	27	22,5
2 veces	384	55,2	936	55,5	735	57,7	67	55,8
3 o más veces	165	23,7	528	31,3	398	31	24	20,0
No usa	6	0,9	8	0,5	3	0,2	2	1,7
Sin dato	3	0,4	3	0,2	6	0,5		
Total	696	100,0	1686	100,0	1273	100,0	120	100,0
Frecuencia	Uso de la crema dental							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 vez	133	19,1	220	13,0	126	9,9	26	21,7
2 veces	379	54,5	933	55,3	739	58,1	67	55,8
3 o más veces	160	23,0	522	31,0	392	30,8	24	20,0
No usa	20	2,9	16	0,9	9	0,7	3	2,5
Sin dato	4	0,6	6	0,4	7	0,5		
Total	696	100,0	1686	100,0	1273	100,0	120	100,0
Frecuencia	Uso del enjuague bucal							
	Infancia	%	Juventud	%	Adulthood	%	Persona Mayor	%
1 vez	16	2,3	93	5,5	90	7,1	6	5,0
2 veces	7	1,0	65	3,9	65	5,1	3	2,5
3 o más veces	7	1,0	25	1,5	26	2,0		
No usa	94,4	1486	88,1	1074	84,4	110	91,7	
Sin dato	9	1,3	17	1,4	18	1,4	1	0,8
Total	696	100,0	1686	100,0	1273	100,0	120	100,0

Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

Con relación a las representaciones de padres y cuidadores de niños el ENSAB III encontró que el 29% considera que los dientes temporales no son importantes para cuidarlos debido a que “se van a caer” y que erupcionan dientes nuevos. El 56% no tienen una idea precisa de cuando erupcionan el primer molar permanente, confundiéndolo por el hecho que este molar no se exfolia o se cae, lo cual es el signo que esperan los pacientes en general. El 88% de los encuestados refirió que los niños son los más propensos a la Caries que los adultos. El 99,4% opinó que los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar su boca y que son ellos, los que deben supervisar el cepillado de los dientes en niños pequeños.

En el estudio piloto del SISVESO en 2007⁸ se encontró que en Bogotá cerca de la mitad de niños y niñas con edades hasta los 9 años nunca habían visitado al(a) odontólogo(a). Además, evidenció que cerca de la tercera parte acudió al odontólogo una vez en el último año. Éstos resultados se presentan en el siguiente Gráfico:

Gráfica 2. Frecuencia de visita al servicio de odontología menores de 9 años en Bogotá, 2007



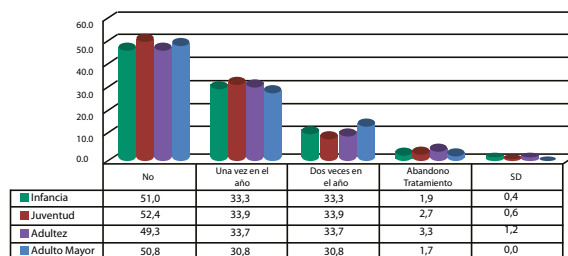
Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos. Estudio Piloto Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2007.

8 Secretaría Distrital de Salud. Estudio piloto sobre condiciones de salud oral en Bogotá, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral SISVESO, 2007.

Esta información evidencia serias inequidades en el acceso a los servicios de salud oral en la población infantil, sobre la cual existe un interés superior de la sociedad teniendo en cuenta sus características. Adicionalmente, esto plantea retos para la Política en la vía de encontrar mecanismos y estrategias que permitan avanzar al ejercicio del derecho a la salud oral.

En la información recolectada por la Estrategia Centinela del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, SISVESO del 2009, se evidencia que la mayoría de personas en cualquier etapa del ciclo vital no ha visitado los servicios odontológicos en el último año. Además, nos muestra que los adultos tienen mayor deserción de los tratamientos.

Gráfica 3. Frecuencia de visita al servicio de odontología, por etapa de ciclo vital en Bogotá, 2009

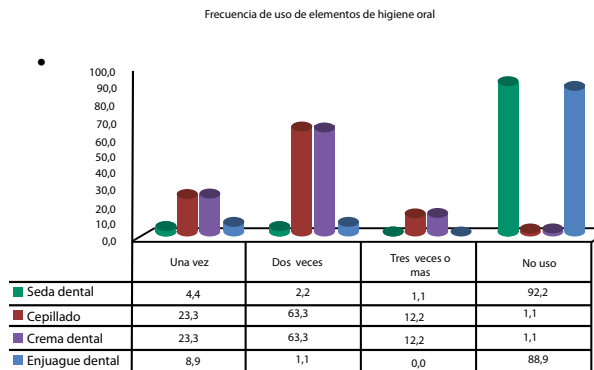


Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos. Estudio Piloto Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2007.

El mismo estudio piloto evidenció que los elementos de higiene oral menos utilizados son la seda dental y los enjuagues bucales. Éstos hallazgos son similares a los de otros estudios que afirman que el cepillo y la crema, resultan de más fácil acceso para la población.



Gráfica 4. Frecuencia de uso de elementos de higiene oral, 2007



Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos. Estudio Piloto Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2007.

Esta información resulta relevante para la definición de enfoques, que orienten el trabajo comunitario en salud oral y para avanzar en el desarrollo de un modelo de servicios que garantice respuestas integrales y oportunas a los complejos problemas de salud oral de la ciudad.

1.2.3.2. Problemas de salud oral

Las afecciones buco dentales como la Caries, las Periodontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de las mucosas bucales, los Cánceres Bucofaríngeos, las manifestaciones del VIH-SIDA en la cavidad bucal, la Estomatitis Ulcerativa Necrotizante o los traumatismos buco dentales son para la OMS⁹ serios problemas de salud pública.

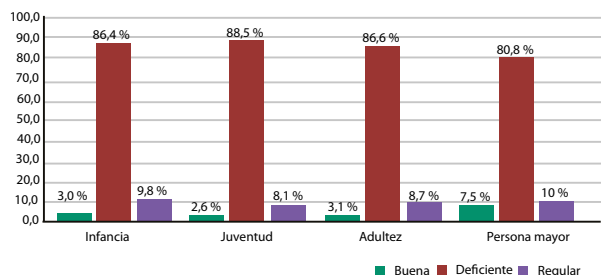
HIGIENE ORAL

De acuerdo con el SISVESO 2009, en todas las etapas del ciclo vital se presentó un alto porcentaje de presencia de placa, según el índice de Silness & Loe modificado (Valora la presencia de placa bacteriana y se basa en el grosor de la misma)¹⁰.

⁹ WHO (2008) World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly. International Dental Journal, 58, 115-121.

¹⁰ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGÍA. Guía de Práctica Clínica de Caries Dental, 2007.

Gráfica 5. Índice de placa bacteriana (Silness & Loe modificado) por etapa del ciclo vital, SISVESO 2009



Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

Por otra parte, esta misma fuente de información evidenció que las mujeres gestantes, concentradas en el ciclo de vida Juventud (274) y Adulthood (74), presentaron un alto porcentaje de placa bacteriana al momento del examen clínico, siendo deficiente en un 90,5% en la adultez y un 87,5% en la juventud.

CARIES

El análisis de la trayectoria de la prevalencia de Caries Dental y del Índice COP-D (Suma de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos)¹¹ a los 12 años, a nivel nacional y de la ciudad, a partir de los tres estudios nacionales, muestran un mayor deterioro de la situación para Bogotá comparada con el promedio nacional y aunque ha mejorado en la ciudad, este no sigue la misma magnitud que en el país.

Tabla 5. Prevalencia de Caries Dental e Índice COP-D en Bogotá y Colombia en los tres Estudios Nacionales de Salud Oral

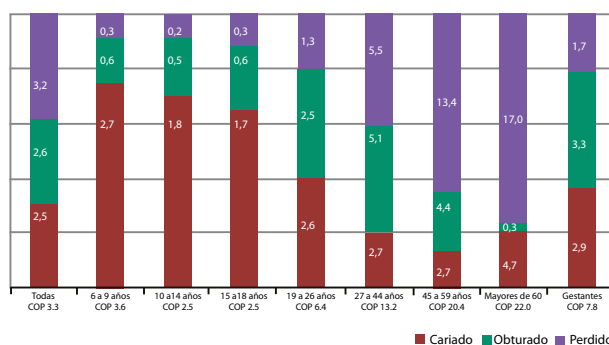
Prevalencia de Caries COP-D					
Período	General Colombia	Bogotá	General Colombia	Bogotá	12 años
1996-1970	95,50%	53,20%	15,4%	14,3%	71,1%
1970-1980	96,70%	98,80%	12,7%	14,3%	4,8%
1998	65,30%	68,10%	10,3%	10,8%	2,3%

Fuente: MALAMBO MARTÍNEZ, Rosa Nubia. Boletín Epidemiológico Distrital. Volumen 6, No. 6, 2001.

En un estudio realizado en el 2001¹², sobre el comportamiento de la salud oral en Colombia y Bogotá, en el capítulo del comportamiento de la morbilidad oral en Bogotá en la consulta externa, se encontró que la Caries Dental es la primera causa de consulta con una tendencia al aumento en el período analizado.

En el análisis de estudio piloto del SISVESO, 2007, el Índice COP-D para todas las edades fue de 8,3. La siguiente Gráfica muestra el COP por edades.

Gráfica 6. Índice COP-D, según grupos de edad y mujeres gestantes, SISVESO 2007



Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de datos Estudio Piloto Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2007.

¹¹ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGÍA. Guía de Práctica Clínica de Caries Dental, 2007.

¹² MALAMBO, R.N. Boletín Epidemiológico Distrital, Secretaría Distrital de Salud, Volumen 6, No. 6, 2001.

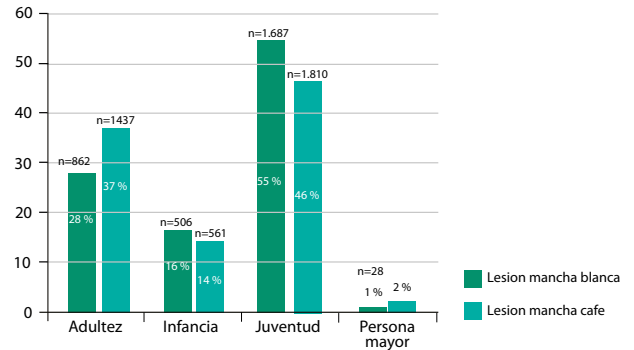
Los resultados obtenidos para Caries en dentición primaria fueron:

- La historia de Caries es mayor en los niños en un 56% y en las niñas, 51%.
- Los niños de 5 años tenían una historia de Caries del 60% y una prevalencia de 55%.
- En los niños de 7 años, la historia de Caries fue del 73% y la prevalencia del 64%.
- En los niños de 12 años, la historia de Caries fue del 13% y la prevalencia del 5,5%. Este descenso marcado se debe al efecto de la exfoliación dentaria.

Éstos datos ponen en evidencia que entre los niños que tienen historia de Caries, más de 2/3 partes tienen Lesiones Cavitacionales no tratadas, lo cual representa necesidades de atención acumuladas y riesgo para nuevas lesiones en la dentición permanente. En la investigación del 2004 de la Secretaría Distrital de Salud¹³, en relación con Caries Dental, en dentición temporal el 74,8% de los niños presentaban historia de Caries con una prevalencia del 68,3%, el CEO-D fue de 3,8. En el estudio SISVESO del 2009, más de la mitad de los(as) niños(as) (52,9%) presentó Caries Cavitacional.

En el estudio piloto del SISVESO del año 2007, el CEO-D para niños entre 1 a 5 años fue de 2,5 y para niños entre los 6 y 9 años fue de 3,6. De acuerdo con los datos del SISVESO 2009, en el ciclo de vida infancia las lesiones de Caries tipo mancha blanca se encontraron en un 16%, mancha café en un 14%; en la juventud 55%, lesión mancha blanca y café en un 46% (Ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Lesión de mancha blanca y café en Bogotá por ciclo vital, 2009



Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Estrategia de Vigilancia Centinela, SISVESO, 2009.

En el ENSAB III sobre la dentición permanente se destaca que los adolescentes entre 15 a 19 años la historia de Caries es del 89%, es decir que de cada 10 adolescentes, 9 ya tienen historia de Caries; y a los 40 años, el 99% de las personas han sido afectadas.

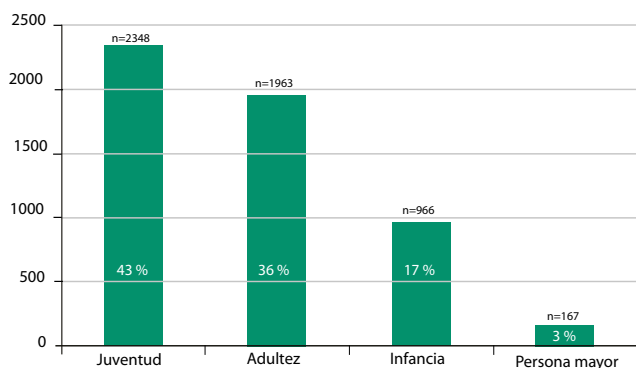
Tabla 6. Historia y prevalencia de Caries. Dentición permanente. Colombia 1998

Edad	Historia por Caries	Prevalencia de Caries
15-19 años	89	70
30-34 años	97	76
40-44 años	99	74
60-64 años	96	50
65 y más	95	49

Fuente: ENSAB III, 1998.

13 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Investigación desarrollada en el marco del Plan de Atención Básica en Salud Oral, en el 2004 por parte de las ESE de Bogotá. Dirección de Salud Pública, 2004.

Gráfica 8. Caries Cavitacional en Bogotá por ciclo vital, 2009



Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Estrategia de Vigilancia Centinela, SISVESO, 2009.

En el SISVESO 2009, se identificó en la población vigilada que todos los ciclos vitales presentan Caries Cavitacional y se destacó que el acumulado entre los infantes y jóvenes presentaron el 50% de Caries Cavitacional no tratada.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

En el ENSAB III para el país, el 50,2% presentó pérdida de inserción periodontal, siendo mayor en hombres (52,6%) que en mujeres (47,6%). La proporción de personas con pérdida de inserción aumenta con la edad, afectando al 32,8% de las personas de 15 a 19 años y al 87% de las personas de 55 años y más. En Bogotá, la Enfermedad Periodontal está localizada con un 46,8% y que la severidad de la pérdida en el componente leve es del 52%.

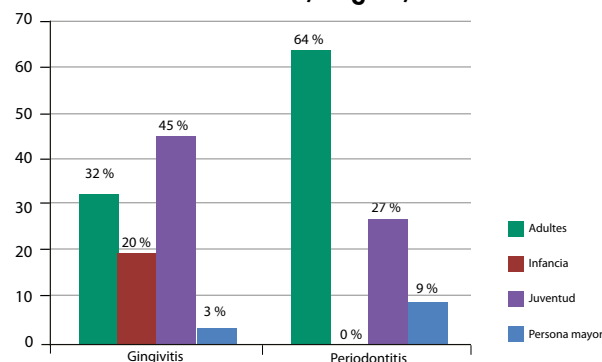
Tabla 7. Prevalencia de Enfermedad Periodontal en en III Estudio Nacional de Salud Bucal

Indicadores epidemiológicos de salud oral			
Prevalencia Enfermedad Periodontal			
Período	Índice de extensión y severidad -ESI-	General Colombia	Bogotá
1998	Extensión de la pérdida de inserción Periodontal Localizada	42%	46,8%
	Extensión de la pérdida de inserción Periodontal Generalizada	8,1%	12%
	Severidad de la pérdida de inserción Periodontal Leve	41,1%	52,3%
	Severidad de la pérdida de inserción Periodontal Morerada	7,7%	4,9%
	Severidad de la pérdida de inserción Periodontal Severa	12%	1,7%

Fuente: Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB III– 1998.

El SISVESO 2009 muestra que el 45% (314) de la población infantil estudiada, presentó Gingivitis por Placa Bacteriana en el momento del examen. También se observó cómo en esta etapa del ciclo vital se comienza a evidenciar Periodontitis en sus formas tempranas, con un total de nueve casos.

Gráfica 9. Prevalencia de Enfermedades Periodontales, por etapas del ciclo vital. SISVESO, Bogotá, 2009

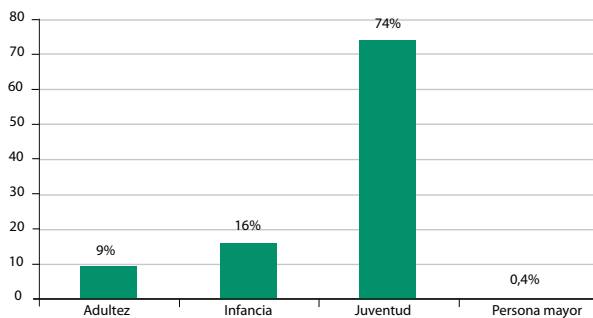


Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

FLUOROSIS DENTAL

Según el ENSAB III, Bogotá presentó una prevalencia total de 22,9% de Fluorosis, en las edades de 6, 7 y 12 años. Por grados de severidad, la prevalencia de Fluorosis leve fue de 18,4% y la Fluorosis moderada a severa es de 4,5%. En las edades de 15-19 años, la Fluorosis leve se presentó en 3% de la población; y la moderada a severa en 0,5%. En el Informe SISVESO de 2009 se evidencia una mayor prevalencia de Fluorosis en la juventud y la infancia con un 13,4% y 25,4% respectivamente.

Gráfica 10. Prevalencia de Fluorosis en Población Centinela, SISVESO, Bogotá, 2009



Fuente: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Estrategia de Vigilancia Centinela: SISVESO, 2009.

Labio Fisurado y Paladar Hendido

El labio fisurado con o sin Paladar Hendido, es una de las anomalías orofaciales más comunes en los recién nacidos y que afectan a 1 de cada 500 o 1000 nacidos vivos en el mundo¹⁴. En el III

Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB III¹⁵, se reporta una prevalencia promedio tanto de Labio como de Paladar Fisurado de 0,2%, siendo mayor entre los hombres en 0,6%, que en las mujeres en 0,2% y, sin que se presente diferencia significativa entre la zona urbana y rural. De forma particular llamó la atención el hecho de que cerca de la mitad de la población con labio-paladar no presentase corrección de la fisura, principalmente entre los afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Esta deficiencia en los tratamientos se puede deber a los altos costos generados por los requerimientos quirúrgicos, ortopédicos, ortodónticos, de terapias de lenguaje y físicas; así como de soporte psicológico individual y familiar necesarios para una completa y aceptable rehabilitación de éstos casos, requeridos durante períodos prolongados de la vida, lo cual exige la conformación de equipos interdisciplinarios para el abordaje de los tratamientos y de las estrategias de prevención¹⁶.

14 COOPER, M. et al. Cleft Palate – Craniofacial Journal, May 2000, Vol 37 No. 3.

15 MINISTERIO DE SALUD. Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB III, 1998.

16 SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. Estudio de Factores de Riesgo para Labio y Paladar Fisurado en el Departamento de Cundinamarca, 2002.

Tabla 8. Pacientes Atendidos en Bogotá, D.C. por los Grupos de Trabajo en LPH en los años 2007-2008

Institución	N° Pacientes
Hospital Simón Bolívar, ESE	79
Facultad de Odontología Universidad Javeriana	12
Fundación Operación Sonrisa	347
Total pacientes	438

Fuente: Dirección de Desarrollo de Servicios. Conjunto integral de atención para labio y Paladar Hendido.

Consecuencias de los problemas de salud oral

Una manera para analizar las consecuencias de los problemas de salud es a través de indicadores como el AVISAS (Años de Vida Ajustados por Discapacidad¹⁷). En el estudio realizado por el CENDEX, en el 2008, muestra que a nivel nacional la Caries Dental ocupa el tercer lugar de carga de enfermedad para mujeres, aportando 22 AVISAS de un total de 247 por cada 1000 personas; al igual que un tercer lugar para los hombres con 30 AVISAS, de un total de 313.

17 Los AVISAS estiman la carga de la enfermedad, de acuerdo a las distintas causas o problemas de salud consideradas, en años vividos con discapacidad más los perdidos por muerte prematura. Un AVISA correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad. CENDEX (2008) Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08 Bogotá.

1.2.4 SERVICIOS DE SALUD ORAL EN BOGOTÁ

FINANCIAMIENTO

La contratación en salud oral³⁶

Los servicios de salud oral, dentro del mercado de salud, se pueden prestar a la seguridad social en modalidades de pago como:

- Pago por actividad.
- Pago por capitación.
- Pago por actividad final.

Pago por actividad: es el pago por servicio o atención recibida. Éste tiende a generar un aumento de las acciones a realizar en cada tratamiento y la vigilancia recae en el financiador, e incentiva la sobre utilización del servicio.

Pago por capitación: se paga por la atención de individuos o grupos de individuos de acuerdo a las necesidades de atención. Requiere conocer y balancear los promedios de atención y la demanda esperada de servicios, el más claro ejemplo de este tipo de pago fueron los conjuntos a paquetes de mil del Instituto del Seguro Social. Sin embargo, el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud, ha desarrollado estimaciones actuariales para el servicio de salud oral y el valor podría alcanzar el entre el 8% y 9,65% de la UPCS y en el Régimen Contributivo podría alcanzar valores del 3% al 4% de la UPCC.

Paciente atendido en actividad final¹⁸: es una estrategia que busca estimular la eficiencia en el proceso de atención de los usuarios, de tal forma que se paga por paciente atendido en actividades finales y no por servicios intermedios, que generan incentivos que inducen la oferta, sin que necesariamente se obtengan mejores resultados en términos de calidad, pero que sí estimulan los costos.

Para el caso de odontología, la variable crítica de este tipo de pago es la continuidad del tratamiento, en especial en áreas como operatoria, endodoncia y periodoncia, variable compleja que depende de la voluntad y compromiso del paciente para cumplir las citas y terminar el tratamiento, de lo contrario las actividades intermedias no se cancelarán al prestador.

Es de destacar la simplificación en el proceso de facturación de servicios que realizan las instituciones de la red pública para el FFDS, lo que permite una reducción de los costos administrativos que se podrán destinar al mejoramiento de los procesos de atención.

La contratación por capitación en el Régimen Subsidiado en salud de Bogotá en 2009

La contratación fluctuó entre un 6,80% de la UPCS y el valor máximo contratado con una IPS privada alcanzó el 8,0% de la UPCS. Las EPS destinan en las actividades de promoción y prevención, un valor cercano al 1,20% y 1,65% de la UPCS para las actividades preventivas en salud

oral. Éstos recursos, si se estiman para una población activa de 1.293.814 afiliados, indican un valor cercano a 4.110 millones de pesos ó 5.651 millones de pesos. Dentro de las actividades que se financian con éstos recursos, son la aplicación de sellantes, la aplicación de flúor, la profilaxis, el detartraje y la educación en salud oral y demanda inducida para este servicio.

Oferta de servicios por tipo de prestador

Este análisis fue realizado por la Secretaría Distrital de Salud, a partir de la información disponible en la Dirección de Desarrollo de Servicios. De acuerdo con el registro especial de prestadores habilitados para diciembre del año 2009, Bogotá contaba con un total de 12.733 servicios habilitados de salud oral tanto de prestadores públicos como privados. Del total de los servicios habilitados el 53% son habilitados por profesionales independientes, el 46% lo habilitan IPS y el 1% por IPS de objeto social diferente.

Los servicios de Odontología General predominan en un 47%, seguidos de los servicios especializados de Ortodoncia en un 12%; Radiología de baja complejidad, en un 9%, Endodoncia en un 7%; Rehabilitación Oral y Periodoncia cada uno con un 6%; Odontopediatría en un 3%; los servicios de Implantología en un 1,5%; y los Servicios de Cirugía Oral, Maxilo Facial y Estomatología cercanos al 1% de la oferta. Los Servicios de Prevención y de Higiene Oral se habilitan en un 4,6% del total de los servicios.

¹⁸ <http://www.saludcapital.gov.co/seccsalud/navleft/hospitales/sisreferencia/> Secretaría Distrital de Salud. Consultada el 9 de octubre de 2006.



Cortesía Rafaél Baquero

OFERTA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS EN BOGOTÁ, D.C.

En el marco del proceso de habilitación de prestadores de servicios de salud oral que adelanta la Secretaría Distrital de Salud, a diciembre de 2009, los prestadores habilitados en la ciudad eran los siguientes:

Por naturaleza jurídica

Prestadores habilitados con ánimo de lucro en un 92%; entidades habilitadas sin ánimo de lucro en un 5% y la participación de las entidades públicas habilitadas donde se incluyen las Empresas Sociales del Estado (ESE) en un 3%.

Por zonas y Localidades

El mayor número de servicios de salud oral habilitados, se concentran en la Zona Norte con el 60% del total de la oferta, seguido de la Zona Sur Occidente con el 20%, la Zona Centro Oriente con el 15% y la Zona Sur con el 5%. La Localidad que concentra el mayor número de servicios es Chapinero. La Localidad de Sumapáz sólo cuenta con servicios prestados por la Red Pública.

Se evidencia una inequitativa distribución de la oferta para las Localidades ubicadas en las zonas del Sur y Centro de la ciudad, donde se concentra una mayor parte de la población; y donde también se conoce un mayor número de necesidades en salud de esta población.

Acciones colectivas

Se operan a través de los equipos de salud oral (Odontólogos y auxiliares de salud oral) de

los catorce hospitales de la Red Pública con servicios de primer nivel (Usaquén, Chapinero, Centro Oriente, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Fontibón, Sur, Rafael Uribe Uribe, Engativá, Suba, Vista Hermosa, Nazareth y Pablo VI).

Se trabaja en los colegios, jardines infantiles, familias vulnerables, comedores comunitarios, FAMIS, HOBIS, unidades de trabajo informal, instituciones de protección para niños, niñas y adolescentes y en los puntos de atención con servicios de salud oral de las ESE, implementando estrategias promocionales que favorezcan la salud oral desde los espacios de vida cotidiana de las personas a través de la construcción de prácticas protectoras a la salud.

1.2.5 LA INFORMACIÓN EN SALUD ORAL EN BOGOTÁ

Durante el proceso realizado en el 2010, la Secretaría Distrital de Salud adelantó un ejercicio de análisis de información de RIPS 2008¹⁹ con el objeto de conocer aspectos epidemiológicos orales de la población en Bogotá, donde se evidenciaron problemas de registro y análisis de la información proveniente de los servicios.

Con relación al registro y análisis de la información, los principales problemas encontrados fueron la ausencia de un sistema de información unificado que incluya insumos físicos, el talento humano; financieros y de costos; la totalidad de los Programas desarrollados en las instituciones; trámites administrativos, remisiones, asignaciones, el control de las citas y los tiempos dedicados al paciente. Se

¹⁹ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Documento de trabajo del Grupo de Salud Oral en Bogotá, 2010.

identificaron aspectos por fortalecer en la articulación interinstitucional o de trabajo en red y mecanismos de referencia y contra referencia.

1.3 MARCO CONCEPTUAL

El texto presenta un conjunto de reflexiones cuyo propósito es el de orientar, a manera de marco lógico, sobre el conjunto de consideraciones que se ponen en juego en el ajuste de la Política de Salud Oral de Bogotá. Se trata, en muchos casos, de referentes de sentido y de exploraciones teóricas que se proponen, no sólo aclarar la perspectiva desde donde se piensa el ajuste de política y la consiguiente presentación de las estrategias, sino también, para establecer la coherencia interna que debe existir entre ellas. De igual manera, trata de asuntos de política en salud en un sentido amplio, porque por principio es necesario, sin perder la especificidad de la salud oral, mantener una línea de diálogo que va de lo profesional a lo multiprofesional y de este a lo transdisciplinar, pasando por lo interdisciplinario.

El enfoque de derechos para una Política de Salud Oral

La Política de Salud Oral de Bogotá asume, de forma consistente como opción, el enfoque de derechos y parte de comprender y enfrentar las difíciles condiciones existentes para resolver los problemas de exclusión, inequidad y profundización de la pobreza extrema. Este es quizá el principal argumento por el cual la Política en Salud Oral toma esta alternativa. En este contexto, las inequidades sociales se

traducen necesariamente en desigualdades en salud²⁰, más cuando el SGSSS y los diseños institucionales que de él derivan, no superan y por el contrario profundizan la fragmentación entre los servicios curativos y los de promoción y prevención, introduce barreras administrativas, económicas y culturales, entre otros; en el acceso a los servicios de salud, subordina los propósitos de equidad a los de eficiencia económica y disponibilidad de recursos; y en su diseño general, dado su carácter contractual ligado al empleo, resulta pro cíclico, es decir, que en las épocas de crisis y desempleo, limita su cobertura y capacidad resolutoria.

Sobre el concepto de salud oral

Consideraciones acerca de la promoción de la salud y el Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud: Es posible agrupar en dos corrientes, las diferentes concepciones y prácticas relacionadas con la promoción de la salud. De un lado, se encuentran aquellas orientadas a la transformación de los comportamientos de los individuos que centran su atención en los estilos de vida y localizan sus acciones en las familias y, como máximo, en los grupos comunitarios en los que estas se encuentran. Por lo general, esta manera de entender la promoción, se asocia con medidas preventivas sobre los ambientes físicos y sobre los estilos de vida²¹ de medidas de salud pública, intersectorialidad y en la

20 Entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en aspectos de salud entre poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

21 MARCHIORI BUSS, Paulo. Health promotion and quality of life. En Ciencia y Salud Colectiva. Associação Brasileira de Pós/graduação em Saúde Coletiva. No. 1, 2000.





potenciación del agenciamiento social y comunitario, en la perspectiva de construir condiciones favorables para la salud.

Una estrategia de promoción de la salud con enfoque de calidad de vida se debe hacer cargo, de la construcción de Políticas públicas que mejoren las condiciones para la calidad de vida y la salud; de la creación de una nueva institucionalidad social que ha de materializarse en procesos de gestión territorial en reconocimiento de la diferencia, de lo identitario y de las diversas formas de exclusión; lo que exige adicionalmente procesos transectoriales e intersectoriales fraguados desde una lectura, tanto de necesidades como de demandas que reconozcan la perspectiva del agente social; potenciar el poder técnico y político de las comunidades para que fije prioridades, tome decisiones y de manera particular, se plantee la exigibilidad y la restitución de sus derechos en expresión de las distintas ciudadanías debe ser un propósito de la promoción de la salud.

Los enfoques diferenciales con población escolar y mujeres embarazadas, deben ser una apuesta prioritaria en la salud oral. Sin embargo, dadas las características de los problemas de salud colectiva, el concepto ampliado y positivo de salud, así como el carácter multicéntrico de los determinantes de la salud y la enfermedad oral, el trabajo promocional no se puede entender como una acción aislada de los profesionales de la odontología. Más bien que éstos deben formar parte de equipos multiprofesionales, donde se puedan abordar de manera ordenada y sistemática a partir de Planes de acción, aquellos aspectos de la determinación social, que expresada en distintos niveles, singular, particular y general, afectan los procesos de producción y reproducción de la salud y la salud oral.

Desde esta perspectiva, es fundamental no confundir la promoción de la salud y la salud oral con la sola tarea educativa, que si bien es importante, centra toda su atención en los individuos mediante estrategias motivacionales que no trascienden en cambios sobre los determinantes, que en el espacio vital regulan la aparición o no de pautas positivas del autocuidado en salud oral. La Estrategia de Promoción en Salud Oral debe partir de una concepción estratégica del escenario de vida cotidiana que se esté abordando. Éstos escenarios de vida cotidiana deben ser reconocidos, en referencia a los problemas de salud tratados, en cuanto a los mecanismos de producción y reproducción de las prácticas de autocuidado, sus condicionantes simbólicos y culturales, con el propósito de establecer una estrategia general que articule las prácticas educativas, de sensibilización, comunicación y divulgación; de gestión social y política; de Políticas particulares y generales, asociada al escenario de vida cotidiana; y las prácticas curativas, entre otros aspectos.

La promoción de la salud y la calidad de vida: un cruce de coordenadas

En buena medida, la defensa de la salud pasa por la superación de inequidades en el orden político, cultural, económico, geográfico y social, que tienen implicaciones negativas en la capacidad de agenciamiento individual y comunitario y en la restricción de las posibilidades de ser y hacer de las personas y por ende, en su calidad de vida. La promoción de la salud pasa por asegurar las condiciones (Faceta del bienestar) y las mediaciones (Faceta de



agenciamiento) que permitan a todas las personas realizar sus Proyectos vitales. No es posible pensar la educación en salud, la prevención de la enfermedad, la reorientación y calificación de los bienes públicos (Acceso a servicios sanitarios), ni la construcción de ambientes favorables para la salud, si no existe capacidad de agencia, es decir, sin capacidad transformador de parte de los agentes sociales, evaluable acorde a sus propios valores y objetivos.

La Atención Primaria en Salud y su vínculo con la salud oral

La Atención Primaria en Salud como propósito de la estrategia de participación y agenciamiento social, orientada a promover la equidad en las condiciones y oportunidades para el ejercicio del derecho a la salud, constituyen el norte del presente ajuste de Política.

Tal como fue propuesto en Alma Ata (1978), el concepto de APS tiene fuertes implicaciones sociopolíticas relacionadas con la necesidad explícita de generar una estrategia de salud integral, centrada en los territorios, que no sólo abasteciera de servicios de salud, sino que afrontara las causas

fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud.

Potenciar capacidades específicas con grupos, actuar sobre las dotaciones iniciales, formar para ejercer el derecho efectivo a la salud (Ciudadanías en salud), y sobre los demás derechos económicos y sociales; fortalecer el capital social comunitario; aportar a la construcción de una institucionalidad en salud con perspectiva social, son líneas de acción que deben formar parte de las estrategias y acciones de un enfoque promocional en calidad de vida, en una perspectiva renovada de la Atención Primaria en Salud.

Las experiencias documentadas de APS en salud oral no son muchas, pero existe en el campo una amplia experiencia en salud comunitaria desarrollada por profesionales de la salud oral.

Sobre la participación, organización social y comunitaria en el marco de los justes de Política

La participación como mecanismo para producir y mantener bienes colectivos de clara incidencia en la calidad de vida de todos los ciudadanos, con alto impacto sobre las poblaciones más

excluidas, articula las discusiones sobre justicia local en términos de la distribución de los beneficios, sobre la acción colectiva, la reivindicación del derecho, pero también sobre el reconocimiento y la visibilidad de las distintas identidades.

Esta última, **se reconoce**, en principio, **como el soporte fundamental para la participación, porque recoge la perspectiva del agente en términos de los haceres, los seres y los sentires múltiples, que dan lugar a la constitución de la ciudadanía.**

En este sentido, se plantea que la organización social, como parte de las herramientas constitutivas del proceso, pasa por el reconocimiento de necesidades asociadas al orden simbólico, a las identidades y no sólo por la identificación de problemas, necesidades y causalidades adscritas al territorio.

De otro lado, la organización social aparece como un mecanismo indispensable para la sostenibilidad de los procesos, para enfrentar la acción de las redes clientelares locales y fundamentar valores de lo público, en el ámbito social

Sobre la acción colectiva

El problema de la acción colectiva, encaminada a la obtención de bienes públicos, como es el caso de la salud oral, con una mayor calidad, oportunidad y pertinencia, plantea el problema de las voluntades individuales y los intereses diversos, presentes en la ejecución de las Políticas, en sus escenarios y en los espacios de operación más locales: clientelas, corrupción, apropiación individual de recurso público, entre otras.

Fortalecer acciones encaminadas a los intereses solidarios que promuevan la obtención, pero también la calificación de bienes públicos, exige una dinámica institucional y social, orientada

a acentuar y hacer visibles los intereses de corresponsabilidad, cooperación y pertinencia, mediante la concertación de normas e incentivos positivos de carácter cultural, para la acción conjunta.

Sobre la construcción de mecanismos de control y monitoreo social

Si bien se reconoce que el ejercicio y expansión de la ciudadanía no se reduce a su papel de veeduría social, está centrada en el control y seguimiento a la gestión pública, es necesario tener en cuenta que todo ejercicio de esta naturaleza, ligada a la construcción de acuerdos bajo orientaciones públicas, pasa por procesos de reapropiación significativa de las problemáticas y necesidades, pero también de las capacidades sociales, individuales y colectivas, los reconocimientos y la construcción de identidades, con que se cuenta para la transformación y cualificación de los bienes públicos.

Este esfuerzo, desde luego, permite redimensionar y cualificar las relaciones de los ciudadanos con su comunidad y con el Estado, en una perspectiva de monitoreo y control social, que para el caso es resultado y proceso, respecto de la constitución de ciudadanía.

La gestión social Integral del territorio

La gestión social del territorio, supone, la construcción de territorialidad sobre el espacio físico, es decir, el desarrollo de un conjunto de prácticas con sus expresiones materiales y simbólicas que permiten procesos de apropiación y reconocimiento sobre los procesos (Individuales y colectivos) e identidades construidas por las comunidades a través de la socialización de dicho espacio, cuyo resultado se traduce en el fortalecimiento de

la capacidad de organización, participación, concertación y regulación al interior de las mismas comunidades, y de interlocución y regulación hacia las instituciones y las Políticas.

- **Equidad:** entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en aspectos de salud entre poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente; en los servicios de salud esto implica aplicar el principio a cada cual según su necesidad y de cada quien según su capacidad.
- **Integralidad:** implica reconocer la importancia de la participación de diferentes sectores, instituciones y grupos comunitarios para lograr avances en términos de salud oral y por lo tanto desarrollar acciones de articulación permanente con el establecimiento de compromisos en el marco de la Política de Salud Oral en Bogotá. Adicionalmente, la integralidad implica asumir el trabajo en salud oral articulado a salud general, mediante acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación, y la integración territorial de estas acciones en salud.
- **La esfera pública y la rectoría en salud:** involucra agentes de diversa naturaleza y origen en condiciones de equidad social y democracia política en la discusión y en el diseño de acciones orientadas al mejoramiento de la salud oral, entendida como un problema de toda la sociedad. Exige en consecuencia la participación de todas sus expresiones organizadas públicas y privadas y del papel rector del Estado, como garante mayor en la realización de derechos.

OBJETIVO

Lograr una condición de salud oral sostenible a través de la promoción y generación de prácticas sociales protectoras, soportadas social y culturalmente; mediante el abordaje de los determinantes sociales y el fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía para la protección de la salud oral de la población, que garantice el acceso y calidad en la atención en los servicios de salud del Distrito Capital.

Principios orientadores de la Política de Salud Oral

- **Equidad.** Entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en aspectos de salud entre poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. En los servicios de salud se debe aplicar el principio, a cada cual según su necesidad y de cada quien según su capacidad. En términos de capacidades esto implica que todas las personas tengan la oportunidad de alcanzar su máximo potencial en salud y que ninguna persona debería estar en desventaja para alcanzarlo.
- **Integralidad.** Implica reconocer la importancia de la participación de diferentes sectores, instituciones y grupos comunitarios para lograr avances en términos de salud oral y, por lo tanto, desarrollar acciones de articulación permanente con el establecimiento de compromisos en el marco del Pacto por la Salud Oral en Bogotá. Adicionalmente, la integralidad implica asumir el trabajo en salud oral articulado a salud general, mediante acciones de

promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación.

- **Participación Social.** Comprendida como la injerencia real de diferentes actores sociales en todo el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la Política de Salud Oral. Esta

participación social reconoce a todas las personas como ciudadanos(as) que tienen derechos en términos de salud y que pueden ejercer control sobre los mecanismos que se han desplegado con el fin de garantizar este derecho.





2.

Política de Salud Oral
de Bogotá, D.C. con
participación social
para el decenio
2011-2021

2. ESTRUCTURA DE LA POLÍTICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D.C., CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DECENIO 2011-2021

La Política de Salud Oral de Bogotá, D.C., con Participación Social para el Decenio 2011-2021, integra, las líneas estratégicas de acción con sus objetivos, en cuatro ejes estructurales que de manera articulada con los otros actores de competencia en el tema de salud oral afectarán los determinantes de ésta en la población, en cumplimiento de las competencias del sector.

2.1. PRIMER EJE. GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD ORAL

2.1.1 CONSIDERACIONES TEMÁTICAS SOBRE EL EJE

Las Políticas Públicas corresponden a directrices provenientes del Estado, que se destinan a la

colectividad como manera de proceder frente a un asunto específico, el cual se considera de interés público²². Son producto del accionar del Estado, que dan forma y expresan estructuras socioeconómicas cambiantes y que se consideran procesos que movilizan, con distintos grados de intensidad, los recursos con que cuentan los actores sociales involucrados, mediante un juego dinámico dentro de marcos institucionales.

Desde esta perspectiva, el Estado cumple el papel protagónico en la formulación y gestión de las Políticas Públicas. *La gestión en este marco se entiende como el conjunto de procesos necesarios para definir prioridades y tomar decisiones relativas al ámbito de la acción Política, e incluye la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de ésta, así como la movilización de actores y recursos para el logro de las metas propuestas.*

²² GÓMEZ, R.D.; RODRÍGUEZ, F.L.; MARTÍNEZ, O.; AGUDELO, N.A.; ZEA, N.E.; GONZÁLEZ, E.R., Gestión de Políticas Públicas y salud. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, 2004. Se encuentra en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf



En la gestión en salud se ha planteado una clara tensión entre dos corrientes de pensamiento y acción, especialmente en el contexto de las reformas estructurales a los sistemas de salud implementadas en la Década de los 90: la primera, privilegia la eficiencia financiera; y la segunda, aboga por respuestas integrales a las necesidades sociales en salud.

La propuesta de gestión de la Política de Salud Oral de Bogotá se adscribe a esta última perspectiva y parte de la identificación de las brechas existentes entre las necesidades sociales en salud oral y la garantía del derecho en territorios concretos, con los respectivos actores que los construyen. A partir de la lectura de dinámicas que determinan la salud oral de las poblaciones y la identificación de déficits en la respuesta social integral, se definirán colectivamente respuestas que apunten a transformar condiciones inequitativas mediante diversos mecanismos de concertación y participación que reconozcan los intereses de los actores sociales. Considerando la

necesidad de enmendar, en distintos niveles, las causas de los problemas de salud oral, es indispensable mantener procesos de gestión con diversos actores sociales e institucionales en el orden Local y Distrital.

2.1.2 PROBLEMATIZACIÓN

La Política de Salud Oral de Bogotá se constituye como una respuesta organizada a la problemática en salud oral de la ciudad, a partir de la cual se han desarrollado y articulado esfuerzos de diversos actores sociales interesados en avanzar en la garantía del Derecho a la Salud. En el contexto nacional esta Política se ha convertido en un referente para las entidades de formación del talento humano, así como para las instituciones que orientan Políticas públicas en otros entes territoriales y las prestadoras de servicios de salud oral.

Desde el análisis de fuentes primarias y secundarias, realizado como parte del proceso de ajuste a la Política, en el cual participaron diversos actores clave relacionados con la salud oral de la ciudad, fue posible detectar tensiones o discrepancias entre lo propuesto en las líneas de acción y la puesta en marcha de la Política, así como características de las relaciones que se han generado entre diferentes actores según su carácter público o privado, su nivel de gestión (Distrital o Local) y su identificación como partícipes de los procesos de construcción o implementación de la Política.



Las principales problemáticas halladas con respecto a la gestión de la Política de Salud Oral son:

a) Respuesta social fragmentada a los problemas de salud oral de Bogotá

Esta problemática se evidencia fundamentalmente en la desarticulación de las acciones de orden individual y colectivo, las de promoción de la salud y aquéllas cuyo énfasis es la prevención y atención a la enfermedad, persistiendo, además, algunos problemas de coordinación institucional entre el nivel Local y Distrital. Así mismo, se destaca la dificultad de establecer procesos de trabajo conjunto entre entidades públicas y privadas aseguradoras, prestadoras de servicios de salud oral y aquéllas pertenecientes a diferentes sectores.

En Bogotá, la Política de Salud Oral propuso establecer mecanismos de articulación que permitieran estructurar una respuesta integral a los complejos problemas de la ciudad; sin embargo, aunque existen algunas experiencias locales que han avanzado en este sentido, el balance general evidencia una importante fragmentación tanto en la prestación de servicios como en la gestión de la Política.

A nivel Distrital y local se reproducen lógicas de organización de los equipos de trabajo en las que, por ejemplo, las acciones colectivas que hacen parte del Plan de Intervenciones Colectivas no tienen vínculos claros y sostenidos con aquéllas de atención individual (Plan Obligatorio de Salud). Lo cual plantea retos que apuntan a una mayor relevancia del nivel Local en procesos de planeación participativa y un mecanismo de coordinación y gestión, en el nivel Distrital, que integra las diferentes áreas misionales

con acuerdos en el enfoque y puesta en marcha de la Política.

Considerando que la planeación de la respuesta social integral a los problemas de salud oral, es un aspecto fundamental para el buen desarrollo de la Política, muchas de las debilidades detectadas encuentran su razón de ser en la falta de procesos de planeación adecuados. La planeación a nivel local vinculada a los problemas, necesidades e identidades que se forjan en el territorio es la mejor alternativa para superar los inconvenientes de fragmentación y avanzar en soluciones integrales a los problemas de salud oral de la ciudad.

Dentro de los aspectos a considerar en este análisis, la estructura organizacional de los servicios de salud oral es un tema sustancial. En la mayoría de los hospitales de la red pública, los(as) odontólogos(as), tanto generales como especialistas, están vinculados(as) a diferentes modelos de contratación para llevar a cabo funciones asistenciales y de salud pública desarrollando acciones colectivas.

A algunos, se les asignan funciones administrativas donde participan en ciertos procesos de planeación, auditoría, control, entre otros.

En muy pocos casos existe la figura de Coordinación de Salud Oral y cuando existe, sus funciones muchas veces se limitan a la coordinación de prestación de servicios o de algún otro proyecto. La desaparición de este cargo en la estructura de muchos servicios de salud ocasionó la pérdida de liderazgo en el equipo y la falta de una adecuada planeación y evaluación de los Programas. Se observa fácilmente que en aquellos hospitales donde existe un referente que coordina todos los Programas de salud oral (POS,

PIC, Salud Pública y otros) la integralidad y calidad de los procesos es mayor.

Se requiere de un liderazgo en salud oral en la organización de los servicios, que tenga a su cargo la creación de Planes innovadores, la reorientación de la prestación de los servicios, que disponga de la mejor gestión y empleo de los recursos, los procesos de seguimiento y evaluación de los Planes y Programas; y la negociación con las entidades aseguradoras, entre otros.

De igual modo, la actual estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud contribuye a la falta de coordinación entre las diversas acciones orientadas a la salud oral, especialmente entre las que se realizan a nivel individual y colectivo.

Esta situación, que obedece en parte a la configuración del actual sistema de salud, hace que la presencia de profesionales de salud oral en grupos interdisciplinarios de las diferentes áreas de la SDS, no resuelva aspectos críticos de desarticulación, duplicidad o vacíos en las acciones que se ejecutan desde el nivel central.

Se ha buscado resolver esta problemática con la creación del Grupo Técnico de Trabajo de Salud Oral de la SDS. Este Grupo debería fortalecerse con reuniones periódicas, asignación de funciones, coordinación de los Planes a desarrollar y, especialmente, con el seguimiento y gestión de la Política de Salud Oral.

El Grupo Técnico de Trabajo de Salud Oral de la SDS, con la participación de los referentes de salud oral de los hospitales, debe liderar el desarrollo de Proyectos prioritarios para la Política, tales como el diseño del nuevo modelo de servicios de salud oral. Este modelo replantearía los criterios empleados en la actualidad para la asignación de tiempos, programación del servicio y

recurso humano necesarios para la atención, pues se ha evidenciado que los estándares vigentes, establecidos por otros modelos de atención, han generado serias limitaciones en la contratación y programación de los servicios de salud oral de acuerdo a las necesidades poblacionales.

Cabe mencionar que éstos problemas tienen relación con las formas de contratación de los profesionales y personal auxiliar y con la baja integración del talento humano con los procesos institucionales y dinámica de las Localidades.

b) Débil incorporación de la participación social y comunitaria en la Política

Bajo una perspectiva de gestión basada en respuestas sociales integrales a los problemas de salud, la participación social y comunitaria se constituye en un eje fundamental. La Política de Salud Oral de Bogotá se propuso avanzar en este propósito, incluyendo la participación social como uno de sus principios orientadores.

Sin embargo, los avances no han sido significativos y se concentran en algunas iniciativas locales lideradas por hospitales de la red pública que han adelantado ejercicios de participación, en el marco de la organización de servicios o el diseño de acciones colectivas en ámbitos de vida cotidiana.

Aún en la esfera de los cuestionados procesos de participación que caracterizan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la salud oral en Bogotá no aparece como un asunto que se reflexione sistemáticamente en los espacios definidos desde la institucionalidad; lo que refleja, por un lado, que la salud oral está aún lejos de ser considerada un bien social valorado

como positivo y deseable; y, por otro, que es necesario avanzar en el diseño y puesta en marcha de otro tipo de procesos que, desde la planeación territorial, incorporen la participación y el fortalecimiento de la organización social y comunitaria como asuntos nodales en la comprensión de los problemas de salud oral y el diseño de alternativas de solución.

Adicionalmente, con respecto a la participación social y comunitaria, no se ha construido un enfoque conceptual compartido por los diferentes actores vinculados a la gestión de la Política, lo que se refleja en su débil incorporación en las estrategias y propuestas de acción desarrolladas en el marco del Pacto por la Salud Oral de Bogotá. Igualmente, resulta importante incluir otros actores sociales en los procesos de participación, tales como agencias privadas, ONGs, empresas, y otras formas de organización privada, como cooperativas, entre otros.

c) Limitados avances en el trabajo intersectorial e interinstitucional

La Política de Salud Oral se materializó en un Pacto, que implicaba un esfuerzo colectivo por generar respuestas conjuntas a los problemas identificados y que centraba la atención en la garantía de acceso y calidad en la atención en salud; y en la generación de prácticas protectoras de la salud oral soportadas social y culturalmente.

Esta propuesta de acuerdo social, buscaba integrar intereses de diferentes actores sociales con el fin de lograr mayores impactos sobre las condiciones de vida y salud de la población de la ciudad, a partir de iniciativas que permitieran complementar esfuerzos y recursos.

En el proceso de implementación de la Política se han adelantado múltiples iniciativas destinadas a mantener vivas las motivaciones de trabajo conjunto de actores como los hospitales de la red pública de la ciudad, Facultades de Odontología, Asociaciones y Sociedades científicas, el Ministerio de la Protección Social, Aseguradoras e Instituciones de Prestación de Servicios de Salud oral de carácter privado, el sector educativo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF y SIS, entre otros. Al aproximarse a un balance general de la Política en este aspecto, los gestores de la misma en el nivel Distrital y otros actores relacionados con la salud oral de la ciudad, identificaron los siguientes obstáculos para lograr los objetivos propuestos:

- Ausencia de herramientas adecuadas, en la Política, para mantener el Pacto por la Salud Oral en Bogotá y refrendarlo permanentemente.
- Los procesos de planeación, desarrollo, socialización y evaluación de las acciones de la Política se realizan a través de referentes que no se encuentran articulados en otros actores institucionales, sectoriales y territoriales.
- Mínima apropiación de la Política, en el nivel Distrital, por parte de otras áreas misionales de la SDS diferentes a Salud Pública, lo que dificulta la articulación con otras instituciones y sectores.
- Falta de un sistema de información que brinde soporte al proceso de toma de decisiones para el desarrollo orgánico de la Política.
- Inexistencia de redes de coordinación interinstitucional e intersectorial del sector público a nivel territorial.
- Ausencia de mecanismos de coordinación entre organizaciones sociales y comunitarias a

nivel territorial y la red prestadora de servicios en sus diferentes niveles.

- Débil participación de la salud oral en los procesos de planeación y gestión local; se evidencia en la poca cantidad de Programas y Proyectos de Salud Oral en los Planes de Desarrollo Local.
- La débil participación de diagnósticos de salud oral a nivel local o territorial, incide en que los Proyectos que se enuncian en esos niveles no planteen acciones sobre población

prioritaria de acuerdo a sus condiciones culturales, económicas y geográficas.

Todo lo anterior configura un panorama en el que se hace necesario fortalecer lazos de confianza entre actores institucionales y sociales que permitan identificar nuevamente, en el marco de la comprensión multidimensional de la problemática de salud oral de Bogotá, puntos de interés compartidos a partir de los cuales se establezcan acuerdos de trabajo. En este propósito,



el fortalecimiento de la rectoría pública toma un relieve particular, teniendo en cuenta la importancia que tiene para el establecimiento de acuerdos sociales de esta naturaleza en el actual contexto, el rescate de la responsabilidad estatal y el liderazgo de los gestores de Política, en la incorporación de estrategias de corresponsabilidad y cooperación encaminadas a la garantía del Derecho a la Salud.

2.1.3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN DE LA GESTIÓN POLÍTICA

2.1.3.1 Gestión Distrital, Local y Territorial de la Política de Salud Oral

Objetivo

Construir respuestas sociales integrales a los problemas de salud oral de territorios específicos dentro de la ciudad, a partir de la comprensión de sus causas en niveles desde lo inmediato hasta lo estructural.

Estrategias

- Planear las acciones de salud oral en dos niveles estratégicos: **por territorios** en procesos participativos que tengan en cuenta diversos actores; y **en el orden Distrital**, mediante la consolidación de un Plan Distrital de Salud Oral construido a partir de los Planes territoriales y a la luz de las líneas de acción de la Política. Este Plan Distrital tiene también un carácter participativo, la planeación se realizaría desde el nuevo modelo de servicios, articulando niveles

individual y colectivo; acciones promocionales, preventivas y de atención a la enfermedad; y acciones de gestión del talento humano e investigación. En éstos Planes se incorporarán consideraciones particulares sobre territorios con diferentes condiciones de vida y salud al interior de las Localidades, e incluirán iniciativas que materialicen el trabajo interinstitucional e intersectorial. Se propone el desarrollo permanente y programado de unas mesas de diálogo social por la salud oral. Las características de éstos espacios serán comentadas en la estrategia de gestión de los servicios de salud oral.

- Destinar una proporción de Presupuesto Distrital de Salud Oral existente (PIC y otras fuentes) al financiamiento de iniciativas locales que respondan a las necesidades identificadas en el proceso de planeación local.
- Gestionar permanentemente recursos de nivel Distrital y Local (PIC, UEL, entre otros) para acelerar el progreso de las Acciones, Programas y Proyectos que hacen parte de la Política, con el objeto de garantizar el Derecho a la Salud con miras a la equidad (Universalidad con reconocimiento de las diferencias).
- Establecer una coordinación local o territorial de salud oral que, desde los hospitales de la red pública, ejerza rectoría pública territorial, liderando los procesos de planeación y gestión de recursos.
- Establecer vínculos entre la gestión de la Política de Salud Oral y los procesos de gestión local en salud de la SDS. Este trabajo conjunto podría iniciar con la asistencia técnica a los equipos locales o territoriales de planeación en salud oral desde los responsables de gestión local de la SDS y los hospitales.

Elementos para la evaluación

Existencia de Planes Locales o Territoriales de Salud Oral en ejecución basados en análisis situacional en salud oral con perspectiva del territorio; y disposición de recursos locales y/o Distritales destinados a iniciativas de acción territorial en el marco de la Política.

2.1.3.2 Movilización social por la salud oral

Objetivo

Desarrollar una agenda de acción Política por la Salud Oral y el Derecho a la Salud, con personas, organizaciones sociales y comunitarias que hagan parte de los Planes de acción a nivel local o territorial.

Estrategias

- Desplegar, en los espacios sociales de vida cotidiana e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Oral, estrategias de discusión sobre la comprensión que tienen las personas de los asuntos relacionados con su salud oral y el lugar que éste ocupa en su vida, con la intención de avanzar en la construcción de una comprensión compartida frente a la salud oral y su posición como bien social valorado como positivo y deseable.
- Articular la Política de Salud Oral con los procesos de fortalecimiento del tejido social y de la organización social y comunitaria que se desarrollan desde la Política de Participación Social.

- Estudiar y analizar el desarrollo institucional de los espacios locales de gestión social, como en los Consejos Locales de Política Social, para establecer en cuáles de ellos se deben vincular los actores de la salud oral, y así volver su acción más eficaz.

Vincular elementos de salud oral (Normativos, de Política Pública, de sentido) a los procesos de formación y cualificación de organizaciones sociales y comunitarias que se desarrollen en el marco



de las acciones colectivas que hacen parte del PIC y el Plan Territorial de Salud de Bogotá.

Desarrollar estrategias formativas, comunicativas y organizacionales (Como parte de los procesos de planeación territorial) encaminadas a mejorar las capacidades de las personas para gestionar sus asuntos de salud oral frente a la institucionalidad pública y privada. Dentro de las estrategias formativas se pueden incluir la realización de talleres y conferencias territoriales por la salud oral.

Elementos para la evaluación

Planes Territoriales de Salud Oral con participación comunitaria, avance en la exigibilidad del derecho a la atención integral en salud oral a partir del fortalecimiento de las capacidades de organización y participación de las comunidades, y articulación con la Política Pública de participación social.

2.1.3.3 Fortalecimiento institucional para la acción intersectorial e interinstitucional por la salud oral

Objetivo

Fortalecer la capacidad de rectoría pública en salud oral a partir de la garantía de condiciones institucionales adecuadas para gestionar la Política con diversos actores sociales.

Estrategias

- Consolidar el equipo de coordinación de salud oral de la SDS para que asuma el liderazgo central de la Política, articulando decididamente las acciones emprendidas desde

las diferentes áreas misionales de la Secretaría e identificando las necesidades de acción interinstitucional e intersectorial de orden Distrital a partir de los procesos territoriales.

- Se requiere la especialización de acciones y responsabilidades orientadas a la gestión de la Política con las demás entidades del orden Distrital y Nacional, con las EPS e IPS, academias, sociedades científicas y agremiaciones profesionales, agencias de cooperación internacional y empresas privadas, entre otras.
- Generar espacios Distritales de encuentro con diferentes actores sociales, en los cuales se identifiquen los avances y retos en términos de cumplimiento de los objetivos de la Política; y a partir de negociación se establezcan acuerdos de trabajo conjunto.
- Adelantar la gestión necesaria para incorporar sistemáticamente la salud oral en las metas del Plan de Desarrollo Distrital.
- Avanzar en la integración de la salud oral a iniciativas Distritales, tales como Programas estratégicos de salud pública (Gestantes, IRA, EDA, IAMI, IAFI, AIEPI, entre otros) y Planes de ordenamiento de la oferta de servicios, entre otros.
- Gestionar recursos para la Política de Salud Oral con diversas fuentes de niveles Internacional, Nacional y Distrital.

Elementos para la evaluación

Participación de diversos actores sociales en las acciones de la Política Pública del nivel Territorial y Distrital; salud oral como parte de las metas de los Planes de Desarrollo Distrital.

2.1.3.4 Gestión de los enfoques de equidad y diferencial en la Política

Objetivo

Desarrollar una línea de acción transversal en la Política que asegure la permanencia del enfoque de equidad y diferencial.

Estrategias

- Orientar acciones sobre grupos priorizados de atención en función de sus características o situación. Involucrar grupos que por su condición de género, raza, edad o situación socioeconómica o Política presenten inequidades en los resultados de salud oral. Para el presente período, y teniendo en cuenta criterios de contexto, así como aquellos relacionados con situaciones o circunstancias especiales, es necesario que la Política realice acciones positivas dirigidas a personas con discapacidad, indígenas, niños, niñas y jóvenes, gestantes y adultos mayores, en situación de desplazamiento; y a los territorios con peores condiciones de vida y salud.
- Involucrar acciones de salud oral en Programas dirigidos a esta población, desarrollados por la misma SDS, o bien por otras instituciones del Estado, atendiendo a los compromisos de ley.
- Propiciar el desarrollo de Guías de manejo que vinculen las acciones clínicas, de prevención y promoción de la salud, para los grupos priorizados por la Política.
- Garantizar que en la evaluación de cada uno de los niveles de acción estén presentes indicadores de salud oral que reflejen la atención

a grupos y territorios priorizados. Entre los indicadores propuestos para la evaluación se deberán tener en cuenta las brechas existentes entre ciertos grupos poblacionales frente a resultados de salud oral, acceso a los servicios y calidad de los mismos.

Elementos para la evaluación

Disminución de las brechas en la situación y atención en salud oral, Programas Distritales para grupos poblacionales priorizados que incluyan respuestas integrales en salud oral; y Guías de manejo para grupos priorizados.

2.2 SEGUNDO EJE. MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL

2.2.1 CONSIDERACIONES TEMÁTICAS SOBRE EL EJE

Se concibe un modelo de atención en salud como un diseño interrelacionado de agentes, procesos, normas, valores, principios, recursos, entre otros, que, ordenado y orientado desde una perspectiva específica, buscan modificar una situación en salud, combinando acciones individuales y colectivas.

De acuerdo a esta conceptualización se tendrá en cuenta que **la gestión de los servicios de salud oral debe desarrollarse en cinco Líneas de Acción:**

- La integración en redes de los servicios, reconociendo los límites del modelo de competencia regulada del sistema y las implicaciones



del modelo gestión social integral sobre los territorios, como expresión de la organización de la respuesta institucional del Distrito Capital.

- La evaluación de equidad en los procesos y en los resultados como parte esencial de la evaluación de impacto.
- La auditoría para mejorar condiciones de integralidad, continuidad, oportunidad, accesibilidad; y la veeduría, monitoreo social en los recursos, en los procesos y los resultados.
- Gestión del modelo en perspectiva de integralidad e intersectorialidad.
- Gestión de los recursos y los soportes del servicio.

Por otra parte, el concepto de calidad de la atención de los servicios de salud oral que se asumirá, se encuentra contemplado en el **Decreto 1011 de 2006**, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este Decreto la calidad se define como “la prestación de servicios de salud accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

En este sentido *las características de la calidad de la atención en salud oral son las siguientes: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad e integridad de los servicios.*



ACCESIBILIDAD

Entendida como la posibilidad que tienen las personas de utilizar los servicios de salud oral de acuerdo con su necesidad. Según la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la accesibilidad se entiende como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud y los prestadores de los mismos. Los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud oral son:

- El que corresponde a **la capacidad de las personas para buscar y obtener atención**. El empleo de los servicios resulta de una interacción entre la población y los servicios de salud dentro de una organización social. La percepción de la enfermedad o de la probabilidad de que ocurra es casi siempre un factor necesario para la utilización de los servicios de salud, al cual se suman otros factores relativos a las personas que pueden dividirse en dos categorías: socio-demográficos y socio-psicológicos.

- **Socio-demográficos**, tenemos la Curva en U de utilización de servicios médicos de los niños y niñas y los de mayor edad, quienes son los que acuden al odontólogo con menor frecuencia. Éstos datos no parecen indicar una influencia directa de la edad en la utilización.
- Los **socio-psicológicos** se relacionan con la percepción que sobre la salud, la enfermedad y los servicios de salud tienen las personas a partir de sus diferentes capacidades sociales, económicas y psicológicas.
- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral. Los factores organizativos comprenden la disponibilidad de recursos y las características de la estructura y del proceso de prestación de servicios. La disponibilidad se refiere a la relación entre el volumen y tipo de recursos existentes y aquellos necesarios para

Cortesía Rafael Baquero



satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población, en otras palabras, la oferta de recursos.

- El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud.

La accesibilidad se encuentra mediada por las siguientes condiciones:

a) Geográfica, como las distancias y tiempos a recorrer, por parte de la población que necesita los servicios de salud oral, hasta los prestadores de servicios de salud oral, las facilidades de transporte hacia las mismas, y las condiciones topográficas relacionadas. La accesibilidad geográfica

se refiere a los factores espaciales que facilitan o entorpecen su uso; es la relación entre la ubicación de los recursos existentes y la ubicación de las personas.

b) Económica, se refieren a la relación entre los costos de acceso al lugar de la atención, la prestación del servicio y las capacidades económicas de las personas.

c) Cultural y social, es la comprensión por parte de los prestadores de servicios de salud oral de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población. Incluye la aceptabilidad de los servicios entre la población.

d) Organizacional, son las condiciones locativas, administrativas y de manejo de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios de salud oral.



OPORTUNIDAD

Es la condición que relaciona la población que necesita los servicios de salud oral con las actividades, procedimientos e intervenciones efectivamente realizados por los Servicios de Salud Oral. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud oral.

Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en concordancia con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Decreto 1011).

La oportunidad se halla mediada por las siguientes condiciones:

a) De disponibilidad, como la coyuntura de tiempo y lugar entre las actividades, procedimientos e intervenciones ofertadas por los prestadores de servicios de salud oral; y la demanda de las mismas por parte de la población que necesita los servicios de salud oral.

b) De utilización, como la coyuntura entre las necesidades de actividades, procedimientos e intervenciones de los servicios de salud oral por parte de la población, y la resolución de las mismas por parte de la red de prestación de servicios de salud oral.

SEGURIDAD

Se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud oral o de mitigar sus consecuencias.

Dentro del contexto de la seguridad del paciente, los dispositivos médicos de uso odontológico tienen un papel importante, éstos dispositivos si bien tienen una función de diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una lesión o enfermedad, poseen un riesgo asociado, el cual podría ocasionar problemas en ciertas circunstancias, como es el evento adverso.



- **Evento adverso**, es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Éstos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
 - » **Prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
 - » **No prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- Por **incidente** se entiende un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica

odontológica de un paciente, que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

PERTINENCIA

Es el grado en el que los usuarios obtienen las actividades, intervenciones y procedimientos odontológicos que requieren, de acuerdo con la evidencia científica lo más cercano posible a las realidades de los territorios sociales.

CONTINUIDAD

Es el grado en el que las personas reciben las actividades, procedimientos e intervenciones en





salud oral requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, con base en el conocimiento científico.

La continuidad tiene dos dimensiones:

a) Clínica: cuidado de la salud oral a lo largo del tiempo, sea por un individuo o por un equipo de personas.

b) De registros en salud: comunicación efectiva y oportuna de la información en salud.

INTEGRIDAD

Involucra la provisión integral y coordinada de éstos. La integración combina actividades,

procedimientos, intervenciones e información en salud oral que acontecen en distintos ambientes físicos, de niveles de salud y tiempo cronológico.

Hay dos servicios orales: integrales y coordinados

a) Integrales. Son aquellos que abordan cualquier tipo de problema de salud oral en cualquier momento del ciclo de vida de la persona. Es decir, son servicios odontológicos que proveen cuidados integrados de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, además de apoyo a los individuos desde las perspectivas física, psicológica y social.

b) Coordinados. Se entiende la provisión de servicios e información en salud que satisfagan las necesidades odontológicas del paciente. Involucra también la coordinación y el ordenamiento racional de los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad.

SATISFACCIÓN

Es la complacencia con la atención en salud recibida, o “grado de concordancia entre las expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida, conforme a la percepción de la persona”. Se puede definir como un equivalente de calidad percibida o como uno de los criterios que contribuye a su evaluación.

Redes integradas de servicios de salud oral.

Se entiende como “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud oral a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS, “diversos estudios sugieren que las Redes de Servicios de Salud mejoran la accesibilidad al sistema, reducen el cuidado inapropiado, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, reducen los costos de producción y de transacción, y responden mejor a las necesidades de salud de la comunidad”.

2.2.2 PROBLEMATIZACIÓN

En el proceso participativo de revisión de la Política de Salud Oral, con los diferentes

actores del sistema de salud de la ciudad y a través de los talleres, entrevistas y revisiones de documentos realizados, se pudo establecer un panorama de la salud oral en Bogotá. Si bien para todos ha sido evidente el avance de los Programas a partir de la formulación de la Política de Salud Oral, también es claro que existen diferentes problemas para alcanzar las metas propuestas para entonces. Cabe recordar que el propósito central es: “lograr una condición de salud oral sostenible a través de la garantía del acceso y calidad en la atención en salud y la promoción y generación de prácticas sociales protectoras de la salud oral, soportadas social y culturalmente”. Desde la formulación del Pacto por la Salud Oral se entendía que la problemática de la salud oral en la ciudad es muy compleja, a pesar que como Distrito Capital se cuenta con los recursos técnico-científicos para enfrentarla.

Los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos realizados en éstos años siguen mostrando indicadores de enfermedades orales por encima del promedio nacional, y algunos de ellos aún muy distantes de las metas Distritales, nacionales e internacionales. Para algunos, incluso, puede haber un retroceso de la salud oral por la magnitud y extensión de los daños en algunos grupos poblacionales, debido al poco avance de la promoción y prevención y a la baja cobertura y capacidad resolutoria de los servicios de salud. Esta situación, a juicio de los diferentes actores, se debe a problemas estructurales del actual sistema de salud y a otros de orden coyuntural por la forma como se desarrollan los Programas de salud oral en la ciudad.



Las principales debilidades encontradas son:

- Persistencia de múltiples barreras de acceso y oportunidad de los servicios.
- Falta adherencia a Guías de Práctica Clínica.
- Falta de integralidad en la atención.
- Insuficiente desarrollo de Programas de educación en salud.
- Modelos de contratación con las empresas administradoras de Planes de beneficios.
- Infraestructura actual y capacidad instalada en la red pública.
- Sistemas de información.
- La accesibilidad y oportunidad en los servicios de salud oral.

Aunque no existen estudios específicos sobre accesibilidad a los servicios de salud oral en Bogotá, se han podido identificar, desde los procesos de la Política en el Nivel Central y Local, las siguientes **barreras**:

- **De tipo económico y geográfico**, que serían comunes al acceso a los servicios de salud en el Distrito, en el marco del SGSSS y que se presentan de manera diferenciada según las características del grupo humano y su condición socioeconómica.
- **Organizacional**, generada por las características de los servicios, como la calidad de la información dispuesta por el servicio o la atención diferencial, tiempos, duración del tratamiento, interacción, según la modalidad de contratación que se tenga, por ejemplo, el Fondo Financiero Distrital paga en este momento, por tratamiento terminado en vinculados, a diferencia del Régimen Subsidiado que lo hace por UPC, de ahí que la manera de proceder del profesional dependa de la exigencia de cumplimiento de metas definidas de forma diferente, según la contratación.

- **Débil capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención**, debido, principalmente, a la mínima percepción de riesgo a enfermarse. Esta barrera evita la realización de prácticas preventivas intencionadas por parte de la población.
- **Sensación de temor a los procedimientos de la atención oral**, generada por las experiencias anteriores de dolor y trauma en la consulta.
- Así mismo, se vincula a la **opinión y satisfacción del servicio**, en donde nuevamente juegan un papel importante, los antecedentes previos de interacción paciente-servicios de salud oral.
- **Creencia de que los servicios de salud oral son costosos** y, por lo tanto, inaccesibles para grandes grupos de población.

Estas autosugestiones de mínimo riesgo a enfermarse, de temor a los procedimientos odontológicos, de insatisfacción con los servicios de salud oral y de sus altos costos, van de la mano con los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, es decir, constituyen barreras de tipo cultural. Existe una distancia entre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población sobre la salud oral y los servicios odontológicos y los conocimientos, actitudes y prácticas de los funcionarios que hacen parte de éstos servicios. En este sentido la inducción a la demanda no es muy efectiva, pues no se entiende a profundidad en qué consiste dicha distancia.

Tampoco existen estudios sobre oportunidad de los servicios de salud oral en el Distrito, sin embargo, en la Política de Salud Oral se advierten problemas de esta índole. Los problemas de

oportunidad de citas en los servicios de salud oral encontrados hacen referencia tanto a las condiciones de disponibilidad como de utilización.

Falta de adherencia a Guías de Práctica Clínica y problemas de seguridad e integración de los servicios de salud

En primer lugar, a pesar del desarrollo de las Guías de Práctica Clínica que permite la estandarización de procesos asistenciales, la adherencia por parte de los odontólogos ha sido baja y entre los profesionales depende de la existencia e intensidad de una serie de **barreras**, que pueden ser divididas en conocimientos, actitudes o prácticas de los odontólogos, como son:

- **Falta de conocimiento:** se refiere a la falta de conciencia sobre la existencia de las Guías de Práctica Clínica, GPS. Esto tiene relación con la sobrecarga de información disponible hoy en día, al tiempo destinada a la formación, y a las estrategias de difusión que aplican a cada Guía en particular sus autores o las instituciones de las cuales el profesional depende. Si bien existen Guías que han alcanzado un conocimiento amplio, otras no llegan a ser conocidas por porcentajes importantes de los profesionales, a los cuales se supone van dirigidas.
- **Falta de familiaridad:** no es frecuente que los profesionales desconozcan la estructura de las Guías, o el significado de nomenclaturas incluidas en ellas. Esto determina una menor comprensión de sus contenidos y puede llevar, a su vez, a una menor adherencia a las recomendaciones o a menor habilidad para aplicarlas correctamente. Esta limitación parece ser más frecuente, que la falta de conocimiento.

- **Desacuerdo:** se pueden presentar desacuerdos con las Guías de Práctica Clínica, GPS, por factores tales como diferencias respecto a la interpretación de la evidencia; creencia de que los beneficios de una intervención no compensan los riesgos, incomodidades o costos para los pacientes; poca aplicabilidad de éstas a una población concreta; que son poco prácticas; que caen en un exceso de simplificación, como “recetas de cocina”; que disminuyen la autonomía profesional.
- **Falta de autosuficiencia:** puede expresarse por una falta de confianza en las habilidades propias o por la falta de preparación personal, y ello puede llevar a una baja adherencia a las Guías. La autosuficiencia, es la creencia de que uno puede realmente desarrollar una conducta.
- **Falta de expectativas sobre los resultados:** es la esperanza de que una determinada conducta lleve a un mejor desenlace en los pacientes. Como es obvio, si el profesional no cree que la recomendación favorecerá a su paciente, o piensa que su impacto será muy bajo, es poco probable que la siga.
- **Relacionadas con el paciente:** el rechazo del paciente a una recomendación o su sensación de que la misma es innecesaria, se debe tener presente en algunos casos, especialmente si las recomendaciones se asocian a procedimientos que pudieran resultar incómodos o conllevan algún nivel de riesgo, o si existen factores socioculturales importantes de por medio.
- **Relacionadas con el entorno:** de más está mencionar lo importante que puede llegar a ser la limitación de recursos financieros,

u otros, para la implementación de una Guía. En esta categoría podemos citar:

- La falta de incentivos financieros, de apoyo institucional, de responsabilidad administrativa o civil, de consultoría de apoyo por otras especialidades, de posibilidades de derivación de los pacientes en caso necesario, de materiales de trabajo apropiados, simplemente de tiempo; todos éstos factores que escapan al control del profesional.
- La presencia de eventos adversos producto del incumplimiento de las Guías de Bioseguridad, como el lavado de manos, el uso de tapabocas y visores; y los procesos de esterilización de los insumos odontológicos.
- Los problemas de seguridad son vinculados a fallas en el sistema de información, en especial al mal diligenciamiento de las historias clínicas, que pueden conducir a eventos adversos.
- Por otro lado, existen problemas de integralidad, continuidad y coordinación de la red de prestación pública, pues sólo ofrece algunos de los servicios odontológicos, por lo que los pacientes deben buscar los servicios faltantes en la oferta privada. Sin embargo, no hay una integración entre la oferta pública y privada lo que conlleva a una atención en salud oral muy fragmentada.

Falta de integralidad en la atención. La existencia de diferentes Planes de beneficios, basados en la capacidad de pago de los usuarios genera grandes inequidades en salud. Esta debilidad, propia del actual sistema de salud, se hace más notoria en el sector público, donde la mayoría de la población usuaria de los servicios pertenece al Régimen Subsidiado, cuyo plan de atención es el más limitado. Si bien las

pretensiones del sistema es reducir estas brechas, la forma como se concibió el Plan Obligatorio de Salud, POS, no permite la integralidad en la atención.

El actual Plan de Atención en Salud Oral es simplemente el listado de algunos procedimientos preventivos y curativos que deben ser cubiertos por la entidad aseguradora. Su estructura por niveles de complejidad no es la adecuada y las características de la población, no fueron tenidas en cuenta. La estandarización de las acciones y las limitaciones establecidas dificultan seriamente la atención integral del paciente como un ser biopsicosocial y cultural, afectando la capacidad

de resolución de los servicios, los niveles de referencia, contra referencia y la satisfacción de los usuarios.

Muchas de las recomendaciones con alto nivel de evidencia, que han demostrado gran efectividad y que aparecen en las Guías de Práctica Clínica, GPC en otros países, no son aplicables en nuestro medio por no estar incluidas en el plan de salud. Desafortunadamente, las revisiones que se vienen realizando de éstos Planes sólo pretenden determinar qué acciones se incluyen, o cuáles se excluyen y no su concepción y organización.

Esta situación se convierte a diario en un dilema ético para el profesional frente a las decisiones que debe tomar con su paciente, pues muchas veces lo que se puede hacer no es lo mejor o, lo que es peor, nada se puede hacer. La revisión del Plan Obligatorio de Salud, POS en salud oral es totalmente necesaria así no exista un consenso en la profesión de cómo debe ser, hasta donde debe ir; pero sobretodo debe pensarse con base en las personas, en sus familias, en las comunidades con sus determinantes sociales, sus condiciones biológicas y psicológicas, y en el manejo integral

que una atención como la odontológica requiere. Para poder realizar una revisión de fondo del Plan Obligatorio de Salud, POS, es necesario hacer una revisión, con base en la evidencia científica, y en las experiencias exitosas costo-efectivas de cómo diagnosticar, prevenir y resolver los principales problemas de salud oral.

Mientras esto sucede, se debe continuar con los esfuerzos que se vienen realizando para buscar la mayor integralidad posible en la atención, como una buena historia clínica, con diagnósticos adecuados y con la formulación de Planes de prevención y tratamiento apropiados.

Proyectos de la actual administración, como la gratuidad de la atención para menores de 5 años y maternas, deben motivar al equipo de salud para el mejor manejo integral de éstos grupos poblacionales.

Así mismo, es necesario buscar otras fuentes de financiación para los Programas de Salud Oral, como los recursos de la Unidades Ejecutoras Locales, de la Alcaldía o de otras entidades públicas y privadas, que permitan mejorar el acceso a los servicios y la atención integral, especialmente de los más necesitados.

Otro aspecto que muestra la falta de integralidad de los servicios, es la desarticulación de las acciones que se realizan en el Plan Obligatorio de Salud, POS con las que se realizan en el PIC y otros Programas de Salud Pública.

Esta debilidad estructural del Sistema de Salud se hace evidente a nivel local. Existe una verdadera fragmentación en el abordaje de salud entre lo individual y lo colectivo, entre la salud y la enfermedad, entre lo preventivo y lo curativo. Siguen prevaleciendo en nuestro sistema de salud los inconvenientes propios de los modelos "biologista"

y “preventivista” del siglo pasado. Todavía se sigue viendo al individuo aislado como si no perteneciera a una familia o a una comunidad; a la salud y la enfermedad, como estados separados y no como procesos; y a la prevención sólo como prevención primaria.

Tal como se planteó en el marco conceptual, la reorientación de los sistemas de salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención. Ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive mejorar la calidad de los servicios. El nuevo modelo de atención que se diseñe para la ciudad debe buscar la integralidad en la atención de salud oral. Esto quiere decir integrar lo individual, lo familiar y lo colectivo; la salud oral con la salud general; la prevención y la curación; las diferentes especialidades y los niveles de complejidad; e integrar la salud oral con las otras disciplinas de la salud y las ciencias sociales.

Débil desarrollo de Programas de educación en salud

Dentro de las actividades de educación en salud que se realizan en la actualidad, se destacan: consejería individual; promoción de prácticas de higiene oral, incluidas técnicas de cepillado, uso de seda dental y control de placa bacteriana; consejería en dieta; promoción de la lactancia materna y cuidado del recién nacido; pautas de autocuidado, autoestima; información sobre las principales

patologías en cavidad bucal; atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia; trabajo con agentes comunitarios; trabajo en ámbitos de vida cotidiana (Escolar, familiar, comedores, IPS); talleres colectivos; seguimiento y controles periódicos de refuerzo; e intercambio de saberes con diferentes contenidos.

La temática de educación en salud, se identifica como de alta prioridad en procesos de capacitación para profesionales de la salud y personal auxiliar vinculado a procesos de atención y trabajo comunitario. Resulta primordial tener un trabajo sostenido con los profesionales y personal auxiliar, teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar fortalezas conceptuales y herramientas prácticas que cualifiquen estas acciones; aún más cuando la práctica odontológica tradicionalmente ha tenido avances hasta ahora incipientes en este campo. Es evidente que la utilidad de la educación en salud, en términos de cambiar conductas en personas, es valorada por los profesionales: Sin embargo, es importante trabajar más en la importancia de cambios estructurales de orden social, necesarios para procurar condiciones saludables en sujetos y colectivos y sostener prácticas autónomas que protejan la salud.

El modelo pedagógico

Es necesario construir un enfoque compartido del modelo pedagógico que oriente las actividades educativas en salud oral. El modelo tradicional se piensa en una relación asimétrica, memorística, repetitiva y centrada en la enfermedad. Es necesario superar este modelo, de manera que se hagan posibles metodologías de trabajo que faciliten el diálogo de saberes y la comprensión de las representaciones sociales relacionadas con el autocuidado,

la atención odontológica, la valoración del cuerpo, entre otros. Desde esta perspectiva, se deben propiciar metodologías horizontales del trabajo educativo en salud, darle cabida a la creatividad y a la innovación pedagógica.

Es importante que el equipo de salud tenga todos los elementos necesarios para el diseño y realización de acciones de educación en salud, lo cual implicaría incorporar temáticas específicas relacionadas con:

- **Herramientas de investigación:** necesarias para la identificación de necesidades sociales en salud, conocimientos y representaciones sociales, relaciones sociales en los territorios y ámbitos de vida cotidiana, y evaluación de las acciones de educación en salud, entre otros.
- **Desarrollo de habilidades comunicativas y de trabajo comunitario:** incluyendo habilidades sociales de escucha, conectividad, empatía, entre otras. Para quienes trabajamos en salud, y específicamente en el desarrollo de las acciones de educación en salud, estas habilidades se convierten en requisito fundamental para establecer relaciones horizontales que permitan dialogar con otros, construir alternativas vinculadas a la realidad cotidiana y sostener acuerdos establecidos.
- **Desarrollo de material pedagógico y estrategias educativas:** el conocimiento y empleo de técnicas específicas por grupos etarios o condiciones de los grupos humanos, permitirá concretar aspectos conceptuales y principios de la educación en salud en las acciones concretas. Es deseable vincular experiencias de expresiones artísticas, como teatro, cuentería, danza, canto, entre otras.
- **Capacitación en desarrollo de Proyectos y técnicas evaluativas:** un gran número de acciones de educación en salud no incluyen la evaluación como parte fundamental del proceso. Se recomienda hacer énfasis en este aspecto en futuras capacitaciones, incluyendo los diversos métodos establecidos desde los objetivos de las acciones de educación en salud.

Sin desconocer el valioso papel de los procesos educativos en salud, potenciados desde enfoques pedagógicos alternativos, es necesario relativizar, como principio de realidad, sus alcances. En el acápite de los referentes conceptuales hemos descrito de manera extensa e intencionada el enfoque de promoción de la salud, porque es necesario que el profesional de la odontología incorpore una mirada distinta sobre ésta. La educación no es el único, el principal, ni el mecanismo más valioso para modificar conductas o mejorar las condiciones de salud oral. Mejorar las condiciones de vida de las personas y propiciar Proyectos de vida autónomos, tienen más efectos positivos sobre la salud en general, y la salud oral, que las tareas educativas, por muy esforzadas y repetitivas que ellas sean.

Modelos de contratación con las empresas administradoras de Planes de beneficios

La modalidad de contratación entre las entidades aseguradoras y las prestadoras de servicios de salud influyen, en gran medida en el modelo de atención. En el análisis de viabilidad de implementación de las Guías se encontró que

los odontólogos sienten que las metas que deben cumplir y los tiempos asignados por actividad influyen en la calidad de la atención y pueden ser barreras para la aplicación de las recomendaciones formuladas.

Después de conocer la modalidad de la contratación actual, se recomienda revisar la contratación entre la Secretaría Distrital de Salud y los hospitales, especialmente en algunos eventos como la valoración del paciente y los paquetes de prevención.

Para la aplicación de los métodos y medios diagnósticos propuestos en las Guías de Práctica Clínica de Salud Oral, se requiere de una mayor asignación de tiempo y su retribución económica debe ser mayor. Todo el proceso de atención de calidad parte de un adecuado diagnóstico que implica una valoración integral del paciente, y el análisis de los factores de riesgo presentes, así mismo como es necesario contar con ayudas complementarias sencillas pero necesarias para identificar lesiones tempranas que actualmente no son detectadas y constituyen en el corto futuro una gran carga de la enfermedad.

Se recomienda privilegiar la prevención sobre la curación y aunque los medios diagnósticos se consideran actividades intermedias que se encuentran incluidas en los eventos finales, en realidad no se cubren o simplemente no se están utilizando. Se propone aumentar el valor de la evaluación actual y diferenciarla cuando exista la utilización de medios diagnósticos, como la radiografía coronal en el caso de la detección de Caries ínter proximal. La contratación por evento es acertada para la atención de los pacientes no afiliados al sistema y, en general, los rubros establecidos pueden ser viables para la atención, pero algunos aspectos de

prevención pueden ser exagerados, como la aplicación de sellantes innecesarios.

Los aspectos de educación en salud no están bien reconocidos en esta contratación y es posible, que por tal situación no se realicen de forma adecuada. En resumen la contratación por evento es conveniente para las partes, pero algunos rubros deben ser revisados para asignarles el valor que deben tener, como la valoración del paciente y la educación en salud.

Debe haber nuevas propuestas de los hospitales en cuanto a metas, tiempos y valor de los eventos, que le permitan a la Secretaría garantizar la mejor utilización de los recursos existentes para la población del Régimen Vinculado.

En cuanto a la contratación con otras entidades aseguradoras, los hospitales de la red pública tienen, generalmente, contratos por capitación con las EPS del Régimen Subsidiado; si bien este tipo de contratación compromete al hospital a un manejo adecuado de los recursos, éste no puede convertirse en barrera de acceso a los servicios para los pacientes, ni en recorte de acciones en salud en aras de la disminución de costos. La red pública debe ser solidaria con la inversión en los afiliados y beneficiarios del Régimen Subsidiado, mediante acciones de prevención de alta efectividad partiendo de diagnósticos acertados. Éstos aspectos, que en la evidencia científica demuestran su costo-efectividad, deben ser considerados por la dirección del servicio para la posterior formulación de nuevos modelos de atención.

Este es un punto fundamental para lograr una ruptura entre la alta carga de la enfermedad actual y la incorporación de nuevas metodologías que permitan garantizar, a mediano plazo, la salud de la población.

Infraestructura actual y capacidad instalada en la red pública

Dentro del proceso de habilitación que adelantaron los hospitales se hicieron evidentes los problemas de infraestructura, de instrumental odontológico y servicio de mantenimiento. Una nueva propuesta de modelo de atención en salud oral debe considerar el rediseño de las áreas físicas actuales y la dotación de instrumental odontológico necesarios para garantizar la prestación de servicios de salud oral, con altos niveles de calidad.

El modelo de atención debe establecer los equipos e insumos necesarios, con base en las recomendaciones de las Guías Clínicas de Atención que se decidan aplicar en los hospitales.

Para la reposición de los equipos odontológicos en mal estado y para la adquisición de nueva tecnología es necesario adelantar estudios técnicos y de costo-beneficio y buscar, así, la mejor inversión posible. Se debe dar especial atención al mantenimiento preventivo, que requiere esta nueva tecnología.

Sistemas de Información

Una de las grandes deficiencias en la concepción del actual sistema de salud, fue la insuficiente información. Por varios años se careció de un sistema que aportara información de la cobertura, la situación de salud, del desarrollo de las acciones colectivas, de la prestación de servicios, su calidad, y lógicamente del impacto de los Programas. Esto sumado a otras debilidades del sistema ocasionó graves contrariedades, como el resurgimiento de problemas ya superados en salud

pública, la atención inoportuna de problemas de la comunidad, la selección adversa, el aumento de las barreras de acceso, el despilfarro de recursos, la corrupción, entre otros.

Desde hace algunos años se viene corrigiendo esta problemática con el Sistema conocido como RIPS, con el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica y con el sistema de información para la calidad, entre otros. Sin embargo, éstos Sistemas todavía deben ser ajustados, pues la información que generan es compleja, difícil de acceder a ella y usualmente no es la que necesitan los servicios para la toma de decisiones.

Se requiere, ajustar los nuevos sistemas de información que le permitan a la entidad territorial, a los servicios de salud y a otros actores del sistema de la ciudad acceder a información oportuna y pertinente de salud oral, en aspectos de gestión, administrativos y epidemiológicos para la toma de decisiones adecuadas a nivel regional, local y territorial.

Se debe destacar, en este punto el esfuerzo que viene realizando la Secretaría en la construcción del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, SISVESO, que unido a otros sistemas permitirá resolver esta problemática.

Se han propuesto, desde la formulación de la Política de Salud Oral, estrategias de solución, como contar con una historia clínica unificada, digital y en línea para la red pública, que debe incluir información de los pacientes atendidos tanto en las ESEs como en los Programas comunitarios. Éste es el instrumento básico para alimentar el sistema de información de la gestión de salud oral.

2.2.3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL

2.2.3.1 Gestión de los servicios de salud oral

Objetivo

Identificar y analizar las necesidades y condiciones de salud oral para hacer una programación y evaluación efectiva de la atención en salud con base en el subsistema de vigilancia de salud oral y los sistemas de información en general.

Estrategias

- **Integrar los servicios de salud oral**, lo cual requiere un análisis en función del contexto de segmentación y de mercado del SGSSS. Son los sujetos y sus familias el eje de la gestión y de la articulación funcional de éstos, en la perspectiva de garantizar la respuesta más integral, oportuna y adecuada posible. Para ello se requiere que la red pública, asuma su rol de rectoría territorial, al construir líneas bases sobre la atención a poblaciones y territorios priorizados y desarrolle los mecanismos de seguimiento. Esta tarea se realizará tanto en el marco de las acciones de promoción, en los “escenarios de vida cotidiana”, como en los espacios clínicos. Esta línea de gestión tiene como propósito derivar a los pacientes, o los grupos de pacientes, a la red

pública y garantizar para ellos las actividades de promoción, prevención y asistencia; o bien derivarlos a otras instancias públicas del orden local; o, de ser necesario, a la red privada. En este último caso, la gestión se complementa con acciones de seguimiento y de abogacía por la salud oral.

- Este último proceso exige la derivación de la información detallada sobre déficits y necesidades de los pacientes a nivel central, en la Secretaría Distrital de Salud, para la abogacía que debe realizar este ente, en ejercicio de su rectoría, ante las respectivas EPS e IPS. Estas acciones deben protocolizarse y racionalizarse en función de niveles de prioridad, para lo cual se definirán criterios, como la severidad de las afectaciones, condiciones socioeconómicas, pertenencia a un grupo particular, entre otros. Esta segunda situación puede ilustrarse de la siguiente manera: una familia con verdaderas dificultades para acceder a los servicios de salud oral, hay que determinar barreras, si es desplazada por la violencia política, con menores de edad o con necesidades de atención y es identificada en el trabajo de salud oral en el ámbito familiar. Se inicia el proceso de derivación y abogacía territorial, si la situación se puede resolver en este nivel, de lo contrario, mediante mecanismos debidamente protocolizados, la información sería remitida a nivel central de la Secretaría para la gestión pertinente. El nivel territorial queda encargado de hacer el seguimiento. Este ejercicio se puede hacer de manera individual, como en el caso mencionado, pero también de manera grupal.

- **Desarrollar una agenda debidamente planeada de mesas de diálogo social por la salud oral a nivel local o territorial.** A las que deberían asistir miembros de la red pública, de la red privada y miembros de las instituciones y organizaciones sociales y de la comunidad en general, a fin de planear, evaluar, valorar las dificultades, los logros y las metas relacionadas con la situación de salud oral de la población, construir un horizonte compartido sobre el panorama local o territorial, generar escenarios para el monitoreo social en salud oral y apoyar formas para organización y gestión social de las comunidades. Un soporte a esta tarea puede ser la elaboración de los Planes Locales de Salud Pública contemplados por la Ley.
- **Realizar la auditoría sobre la gestión de los servicios,** la cual se debe realizar sobre modelos más integrales y apropiados a la gestión en salud oral. Para fortalecer la participación comunitaria en los espacios de gestión territorial, como las mesas de diálogo social por la salud oral. Se hace necesario el desarrollo de procesos de capacitación en estrategias de monitoreo social, identificando indicadores trazadores de la situación local o territorial y que sean de fácil apropiación, por parte de los agentes comunitarios.
- **Adoptar las Guías o Protocolos de atención por sujetos:** niños(as), mujeres gestantes, adultos mayores, entre otros, sin dejar aquellas que son obligatorias para el Sistema Único de Garantía de la Calidad, y diseñar rutas para la atención sanitaria que posibiliten integrar acciones de asistencia, prevención y promoción de la salud oral. Estas

Guías y rutas se establecen como las herramientas de seguimiento a los pacientes, individual y colectivamente considerados, en los escenarios de vida cotidiana y asistenciales.

- La línea de gestión de recursos e insumos debe, además de atender los requerimientos propios de los servicios, orientar estrategias que permitan cualificar la gestión de recursos al campo de la salud oral, bien sea como resultado de la gestión con el sector privado, los recursos UEL y otros recursos, incluso de nivel internacional. Se demanda de estas acciones que no sean espontáneas, que obedezcan a un plan de trabajo, que cuente con mecanismos de información de posibles fuentes de recursos; que sus prácticas se cualifiquen al más alto nivel posible, entre otros. En especial para la Red Pública en Salud Oral, la anterior debería ser una estrategia compartida entre varios hospitales y territorios; esta acción está reconocida también en el lineamiento sobre gestión de la Política.

Elementos para la evaluación

La evaluación de impacto y de resultados sobre el nivel de salud de la población es la principal herramienta para ordenar y ajustar de manera continua la respuesta en salud oral. La evaluación de los resultados deberá estar dirigida a los indicadores de acceso y oportunidad en lo individual y colectivo, como puerta de entrada a la seguridad social integral. Es igualmente importante la evaluación de la continuidad e integralidad de la atención en salud, lo cual determina la calidad de los procesos diseñados en el modelo. Esta orientación exige que la contratación de los servicios de salud se realice por tratamiento terminado.

A pesar de la necesidad de mantener los indicadores de morbimortalidad, es necesario avanzar en otros que señalen resultados en salud, como: proporción de personas que, terminado el tratamiento, acuden por prevención o por control; porcentaje de personas por grupos priorizados con tratamiento terminado y con Protocolos de prevención, entre otros.

Así mismo, la evaluación debe incorporar indicadores que permitan valorar la integralidad, continuidad, oportunidad y accesibilidad. Indicadores del siguiente tipo: proporción de pacientes con tratamientos terminados y Protocolos de prevención; proporción de pacientes en mantenimiento (Pacientes con tratamiento terminado que buscan el servicio para control); porcentaje de tratamientos terminados; porcentaje de pacientes que demandaron el servicio y fueron atendidos según rangos de tiempo, entre otros. Éstos indicadores podrían también considerarse bajo criterios de equidad.

2.2.3.2 Modelo de atención en salud oral

El nuevo modelo de atención para la ciudad se debe orientar, según las siguientes premisas:

Premisas ético-valorativas y Políticas:

- Los servicios deben velar por la integridad física, psicológica y moral de las personas.
- La equidad es el principio rector del modelo y prima sobre la eficiencia económica. Se trabaja

en función de acciones razonablemente eficientes.

- Rectoría pública, responsabilidad sobre la salud oral en un territorio. Con base en la negociación, concertación o acuerdos y estructurando acciones colectivas.

Premisas conceptuales

- En sus aspectos conceptuales la organización del modelo, se orienta por los conceptos de salud familiar y comunitaria y los enfoques teóricos que le son afines.
- Los conceptos de salud oral, así como el enfrentamiento de sus determinantes, obligan al desarrollo de enfoques gnoseológicos de tipo interdisciplinario.
- Asume el modelo el enfoque promocional de la salud y la calidad de la vida y propende por definición de unidades de medición centradas en la salud y los logros en equidad, sin que ello implique dejar de producir la información que convencionalmente exige el sector salud y que sirve, para establecer comparaciones nacionales e internacionales.

El principio de razonabilidad se construye y se fija colectivamente en función de lógicas, cuasi-eficientes, en las que se preserve, como elemento central, la equidad en salud oral.

Premisas operativas y funcionales

La organización del modelo adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS.) como el eje estructural, funcional y articulador del modelo de servicios de salud oral de Bogotá.



- La estructura organizativa de los servicios debe contemplar su distribución, teniendo como núcleo operacional la salud familiar y comunitaria, marco articulador de la respuesta con enfoques diferenciales en salud.
- El modelo planea acciones individuales y colectivas bajo un mismo enfoque funcional, intentando garantizar el mayor grado de articulación entre estas dos dimensiones de la atención.
- Los esquemas de atención deben velar por la eficiencia y la eficacia social de los servicios.
- La atención en salud oral se desarrollará en el marco de Programas de salud existentes, velando por la atención integral y multi-profesional, sin desmedro de los propios esquemas de planeación y evaluación.
- La participación comunitaria y social con capacidad para la toma de decisiones se debe garantizar en todos los niveles de la operación de la Política Distrital y Territorial, en todos los escenarios de acción y a lo largo de todo el ciclo de planeación y evaluación de la Política.
- **El modelo de la Política identifica por los menos cuatro niveles de medición y monitoreo institucional y social:**



- Medición de procesos de gestión de la Política, con énfasis en la participación social y la gestión interinstitucional.
- Medición de los procesos administrativos y económicos.
- Medición de eventos saludables, construcción de conocimientos y prácticas protectoras de la salud.
- Medición de los eventos de enfermedad en la perspectiva convencional.
- Articulación funcional y operativa de las acciones de promoción, prevención y asistencia.
- La articulación funcional de las acciones de promoción, prevención y asistencia demanda la elaboración de Guías de atención no centradas en la enfermedad, sino en los sujetos: mujer gestante, adulto mayor, entre otros, que integren asuntos biológicos o sociales, que incluyan acciones desde diferentes disciplinas; y que articulen acciones individuales de atención con promocionales en los ámbitos de vida cotidiana.
- También estas Guías se deben extender a la población vulnerable, con enfoque diferencial:

poblaciones desplazadas, minorías étnicas y población en situación de discapacidad. La elaboración de las Guías por sujetos, no excluye el uso de las Guías Clínicas para el tratamiento de la enfermedad.

- Relación clara de la atención en salud oral con otros Programas de atención, por ejemplo: crecimiento y desarrollo, atención prenatal, control de enfermedades crónicas, entre otros.
- Gestión del modelo: incluye gestión “hacia adentro”, gestión territorial (Incluye la gestión familiar y comunitaria) y vínculo con la gestión de la Política.
- Planeación territorial de los servicios y trabajo en territorios priorizados (Esto permitirá materializar el enfoque de equidad, que también implica incluir la perspectiva diferencial).
- De acuerdo con la normatividad vigente y calidad de los servicios, se tendrán en cuenta los siguientes niveles funcionales: atención individual por odontólogos generales; atención individual por odontólogos especializados a partir de remisiones; acciones colectivas realizadas en todos los escenarios por odontólogos con formación o experiencia en trabajo comunitario en salud; y atención individual en contextos hospitalarios por odontólogos generales o especializados, según las necesidades de cada caso. Realización de acciones individuales o colectivas por personal auxiliar bajo supervisión del profesional odontólogo(a).
- Definición clara de las actividades y mecanismos de integración de los diferentes niveles de complejidad en la atención.

Atributos de los servicios que se ofrecen

- Trabajar en diseños institucionales que permitan mejorar la cobertura con calidad y equidad.
- Deben tener capacidad resolutoria y garantizar efectividad y eficiencia en la resolución de los principales problemas de salud oral.
- Deben ajustarse a los estándares del sistema único de la calidad, garantizando la aplicación y cumplimiento de las normas técnicas, Guías de atención y Protocolos clínicos y por sujetos.

Soportes críticos del modelo de atención en salud oral

Distribución equitativa geográfica y poblacional de los recursos de salud oral, con especial énfasis en la oferta pública de servicios.

Adecuar la oferta de servicios de salud oral a las responsabilidades contractuales, es decir que se cuente con infraestructura y recursos suficientes.

Estructura operativa territorial que involucre una coordinación responsable de la gestión territorial institucional y los procesos de planeación.

Equipos que lideren la realización de las acciones colectivas en los ámbitos de vida cotidiana, la acciones de atención individual y que se integren a otros Programas de salud pública.

Para éste Modelo se definieron cuatro objetivos, así:

OBJETIVO 1

Diseñar e implementar un modelo de atención en salud oral para la Red Pública del Distrito Capital.

Entiéndase como modelo de atención, el “Conjunto de líneas de acción y principios que determinan la manera de prestar servicios de salud a la población buscando un acceso adecuado, calidad en la atención y eficiencia en el uso de los recursos de acuerdo a las necesidades identificadas de atención y las Normas y Políticas de prestación de servicios vigentes”.

Estrategias

- Diseño del nuevo modelo de atención en salud oral.
- Implementación del modelo.
- Seguimiento de la implementación del modelo.
- Evaluación del modelo.

Elementos para la evaluación

Modelo de atención diseñado e implementado, de acuerdo a las líneas de acción y principios que determinan la manera de prestar servicios de salud a la población buscando un acceso adecuado, calidad en la atención y eficiencia en el uso de los recursos de acuerdo a las necesidades identificadas de atención y las Normas y Políticas de prestación de servicios vigentes.

OBJETIVO 2

Mejorar las condiciones de infraestructura y tecnología de la atención odontológica de los hospitales de la red pública.

Para resolver los problemas en materia de infraestructura y equipos de la red pública, se debe tener en cuenta el modelo de atención que se va a desarrollar y las necesidades que han detectado los hospitales en la atención odontológica.

La adquisición de instrumental odontológico implica el análisis técnico, administrativo, financiero y jurídico para garantizar su eficacia.

Estrategias

- Adelantar un diagnóstico de necesidades de infraestructura y equipos.
- Análisis técnico, administrativo y financiero de los dispositivos médicos a adquirir, disponibles en el mercado.
- Realizar el proceso de adquisición.
- Realizar la instalación de los equipos.
- Iniciar el protocolo de mantenimiento y control.

Elementos para la evaluación

Servicios para la atención en salud oral con mejores condiciones de infraestructura y tecnología, que favorezcan la prestación de la misma, con calidez y calidad.

OBJETIVO 3

Mejorar las condiciones de contratación de servicios de salud entre los hospitales de la red pública y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

Los modelos de contratación deben tener en cuenta los nuevos estándares de atención, las Guías de Manejo Clínico y los criterios de calidad. Se debe mejorar la capacidad de negociación de los

hospitales y buscar recursos adicionales para la sostenibilidad de los Programas de Salud Oral. En los contratos por evento entre la Secretaría Distrital de Salud y los hospitales, se deben revisar algunos rubros, con base en los costos de la atención para garantizar que estas actividades son viables para los hospitales.

Estrategias

- Realización de estudios de costos de los eventos de salud oral.
- Revisión de los rubros y metas de la contratación entre la Secretaría Distrital de Salud y los hospitales para la atención de la población no afiliada y los Programas de Salud Pública.
- Revisión de la contratación entre la EPS del Régimen Subsidiado y los hospitales para el Plan Obligatorio de Salud Oral, con base en el modelo de atención.

Elementos para la evaluación

Realización de un estudio de costos y verificación del mismo, que oriente la contratación de los servicios de salud oral.

OBJETIVO 4

Fortalecer los Proyectos colectivos con enfoque promocional y atención primaria en salud en las Localidades y territorios.

Se deben fortalecer los Programas comunitarios en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, como la familia, jardines infantiles, colegios, comedores comunitarios y espacios laborales, aumentando su cobertura y calidad; se debe garantizar su

financiación y para ello, se pueden buscar recursos adicionales con otras agencias nacionales e internacionales, además de los recursos de la Localidad.

Estimular a los hospitales para la creación de Programas innovadores que resuelvan los problemas prioritarios en salud oral de sus Localidades y territorios. Hay que prestar especial atención a los Programas de educación, tanto en salud oral para que logren un mayor impacto en la población; y a la prevención en menores de 5 años y mujeres gestantes.

Se propone fortalecer el componente de salud oral en el Programa Salud a su Casa y acciones del ámbito familiar mediante el desarrollo de las siguientes actividades:

- En las ESE e IPS cada equipo de odontólogos y auxiliares de salud oral tendrá a su cargo grupos de familias que residen en un territorio definido. Los territorios serán priorizados según sus características económicas, sociales y culturales, articulándose al Programa de Salud a su Casa. Sin embargo, la cobertura del modelo de atención se irá ampliando progresivamente a los demás territorios de la Localidad.
- Los criterios de priorización familiar serán los mismos definidos en Salud a su Casa y ámbito familiar. Se realizará un diagnóstico oral familiar y comunitario a cada familia de los territorios priorizados, que recolectará información tanto en los consultorios como en los espacios extramurales. Este diagnóstico incluirá información sobre la situación del estado de salud (Representaciones sociales o colectivas, problemas de salud y necesidad de tratamiento), características familiares (El ciclo evolutivo, la conformación y la estructura familiar, entre

otros) y condiciones de vulnerabilidad (Pertenencia étnica, desplazados, discapacidad).

- **El coordinador odontológico definirá un Plan de Acción Estratégico Territorial** de su equipo de odontólogos para prestar los servicios a los grupos de familias priorizadas. Este Plan se basará en los diagnósticos orales familiares y comunitarios, que será orientado por el perfil de situación de salud oral de la Localidad o territorio, en los Planes estratégicos y en el Plan Operativo Anual realizados por las redes. El Plan y su ejecución incluirán tanto acciones en el consultorio, como en extramurales de nivel individual y colectivo. Las acciones realizadas en el territorio se harán, como mínimo, a través de los ámbitos de vida cotidiana que sean más pertinentes, según el perfil, los Planes y diagnósticos. Los Planes de Acción incluirán acciones del PIC, POS y no POS. Además, deberán considerar su articulación con otros Programas de atención médica, como crecimiento y desarrollo, atención prenatal, enfermedades crónicas, entre otras. Éstos Planes deberán partir de las Guías de atención del modelo.
- Los diagnósticos individuales, realizados en el consultorio y en los espacios extramurales, alimentarán constantemente los diagnósticos locales.
- La evaluación de la gestión se realizará a partir de los cambios en la situación de las condiciones orales individuales, familiares y comunitarias.
- Las familias que no puedan ser atendidas integralmente por los equipos de odontología, serán remitidos a los profesionales de la salud o a las IPS que correspondan. Esta información y su seguimiento será suministrada a

las redes de prestadores de servicios de salud oral y especialmente a las IPS, EAPB y asociaciones de usuarios específicas para el caso, pertenezcan o no a las redes. Los coordinadores realizarán, seguimientos a las remisiones, directamente y a través de las asociaciones de usuarios y organizaciones comunitarias.

- Una alternativa para realizar este seguimiento, es la contratación de Call Centers.

Estrategias

- Aumentar la cobertura de los Programas comunitarios.
- Prestar asistencia técnica y capacitación de los equipos territoriales de salud oral, en diseño y ejecución de Programas de Promoción en Salud y Educación en Salud Oral.
- Diseñar e implementar mecanismos de seguimiento de los Programas Comunitarios.

Elementos para la evaluación

Verificar la existencia de Programas comunitarios de salud oral y hacer seguimiento a su ejecución, para dar respuesta a las necesidades identificadas por territorio.

2.2.3.3 Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Oral

Para el mejoramiento de la calidad, se definieron dos objetivos, así:

OBJETIVO 1

Conformar redes de prestación de servicios de salud oral.

El desarrollo de redes de prestación de servicios de salud oral en el Distrito, tiene como objetivo promover la realización de acciones de atención en salud oral incluidos en el POS y el PIC; y otros no POS que se consideren pertinentes, de manera accesible, oportuna, continua, segura y satisfactoria para preservar, recuperar y/o mejorar la salud de los individuos, grupos sociales y poblaciones pertenecientes a las Localidades y territorios sociales que tienen a cargo.

Estrategias

- Las entidades con objeto social diferente, profesionales independientes, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, EAPB, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las Empresas Sociales del Estado, ESE, las Asociaciones de Usuarios de las ESE, IPS y EAPB, Entidades de Control, colegios, organizaciones

- sociales y comunitarias interesadas en la salud oral y entidades estatales, como organizaciones sociales y comunitarias de desplazados, de grupos étnicos, de discapacitados, de mujeres y de IGTBI, las Alcaldías Locales, las Juntas Administradoras Locales y la Secretaría Distrital de Salud, podrán hacer parte de las redes de prestación de servicios de salud oral del Distrito. La Secretaría Distrital de Salud y la Red Pública Hospitalaria promoverán la participación activa y permanente de todos y cada uno de éstos agentes sociales en las acciones en las redes de prestación de servicios de salud oral.
- La Secretaría Distrital de Salud y la Red Pública Hospitalaria serán los responsables de la puesta en marcha y coordinación de las redes de prestación de servicios de salud oral.
- Cada red de prestación de servicios de salud oral tendrá a cargo la población residente en una Localidad o un grupo de ellas, según lo defina la Secretaría Distrital de Salud.
- Cada red será responsable de la elaboración y actualización periódica de diagnósticos de la salud oral, a través de los perfiles de la situación de salud oral de la población que tienen a cargo. Éstos perfiles de cada red tendrán, como mínimo, los siguientes apartes: determinantes sociales, aspectos demográficos, necesidades sociales, estado de la salud oral (Perfil epidemiológico, representaciones sociales de la salud-enfermedad-atención, problemas de enfermedad oral, consecuencias de la enfermedad oral) y análisis de los



servicios pertenecientes a la red (Brecha oferta-demanda y modelo de atención). Además, identificarán perfiles de la situación de saludes orales específicas para grupos sociales especiales y vulnerables y para territorios sociales. Como mínimo, los grupos sociales especiales y vulnerables a considerar son: población en situación de desplazamiento, grupos étnicos y discapacitados. Los territorios sociales a priorizar los definirá cada red, teniendo en cuenta sus condiciones sociales, económicas, culturales y Políticas. Se promoverá que éstos perfiles sean realizados con el apoyo de las facultades de odontología y con la participación de organizaciones sociales y comunitarias.

- Cada red desarrollará un proceso de planeación a través de un Plan Estratégico de Acciones de Atención de Salud Oral, Plan Obligatorio de Salud, POS, PIC y no-POS de largo plazo y un Plan Operativo Anual. El proceso de planeación tendrá como fundamento los perfiles de situación de salud oral. El plan estratégico de acciones de atención de salud oral y el POA, incluirán acciones no-POS que sean pertinentes a las necesidades sociales de los individuos y grupos sociales pertenecientes a la Localidad y los territorios a cargo.
- Las redes deberán gestionar la ejecución y evaluación del plan estratégico de acciones de atención en salud oral y del POA, de acciones





- Plan Obligatorio de Salud, POS; PIC y no-POS a la población que las necesite, según las competencias de sus miembros. Identificará los problemas para su ejecución y buscará resolverlos a partir de la conformación de alianzas estratégicas entre sus miembros y con agentes no pertenecientes a la red.
- Cada red priorizará las áreas clave donde se concentrarán los esfuerzos iniciales de diagnóstico, planeación, gestión y evaluación de

acciones, y ampliará paulatina y progresivamente esas áreas.

- Las instituciones y agentes sociales que hagan parte de cada red, definirán en común acuerdo su conformación y modo de operación. Cada red de prestación de servicios de salud tendrá un sistema de gobernanza participativo.
- Cada red contará con un sistema de información integrado, articulado con el sistema de información Distrital.

- La participación de las redes se verá promovida a través del desarrollo de capacidades de sus miembros y de la transferencia de recursos informativos y organizacionales entre los mismos. Dicha información se verá encaminada a generar incentivos que modifiquen las prácticas de los agentes.
- Los miembros de las redes buscarán comprometer a sus profesionales sobre la red y sus funciones.
- Las redes de prestación de servicios de salud oral deberán rendir cuentas anualmente por los resultados, efectos e impactos de la ejecución del Plan Estratégico de Acciones en Atención de Salud Oral y del POA.

Elementos para la evaluación

- Conformación y funcionamiento de las redes de prestación de servicios de salud oral en el Distrito.
- Construcción del Plan Estratégico de Acciones en Atención de Salud Oral y de los POA, por parte de las redes de prestación de servicios de salud oral en el Distrito.
- Elaboración de los perfiles de situación de salud oral, por parte de las redes de prestación de servicios de salud oral en el Distrito.



OBJETIVO 2

Mejorar las condiciones de acceso, oportunidad, seguridad y continuidad en la atención y satisfacción de los individuos y grupos sociales pertenecientes a las Localidades y territorios sociales bajo el cargo de las redes de servicios de salud oral.

Estrategias

- La Secretaría Distrital de Salud deberá asesorar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y a las IPS en la implementación de los Programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud oral, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción, según lo establecido en el Decreto 1011 de 2006. Tal asesoría promoverá las oportunidades que brinda la participación en las redes de prestación de servicios de salud oral del Distrito para garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios. Además, promoverá la utilización de indicadores unificados de acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios para todos los miembros de las redes.
- Cada red promoverá el análisis territorial y participativo de las autoevaluaciones de la red de prestadores de servicios de salud oral, realizadas por las EAPB miembros de la red y de las autoevaluaciones del proceso de atención de las IPS miembros de la red, sobre acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y

continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios, establecidas en el Decreto 1011 de 2006, de cada territorio, Localidad o conjunto de Localidades que tiene a cargo la red. Este análisis será parte central de los perfiles de situación de salud oral que elabora cada red en su capítulo sobre modelo de atención. Además, impulsarán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones conjuntas que propendan por superar los problemas encontrados en dichas autoevaluaciones. Estas acciones serán incluidas tanto en el Plan de Acciones en Atención de Salud Oral como en el Plan Operativo Anual, POA, señalados anteriormente.

Las redes de prestación de servicios de salud oral, deben tener los siguientes criterios:

- Promoverán al análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que se encaminen por mejorar las **condiciones de accesibilidad geográfica, económica, cultural y organizacional** a la población a cargo, especialmente de los grupos sociales vulnerables y especiales y de los territorios sociales definidos. Entre las posibles alternativas se promoverán las alianzas estratégicas entre los distintos agentes de las redes y de éstos con Programas de la Secretaría Distrital de Salud, como Salud a su Casa, Salud al Colegio, entre otros; y con otras Secretarías del nivel Distrital, así como fortalecer los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia entre los miembros de la red.

- Pueden ser utilizadas para aprovechar los beneficios de las economías de escala en la compra de insumos odontológicos para sus miembros. Esto debe redundar en la superación de barreras económicas de acceso.
- Las redes de prestación de servicios de salud oral promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen mejorar la capacidad de los individuos, grupos sociales y poblaciones de las Localidades o territorios que tienen a cargo, particularmente de los grupos sociales vulnerables y especiales y de los territorios sociales definidos, para buscar y obtener atención en salud oral. Como mínimo, deberán desarrollar estrategias de inducción a la demanda de información, educación y comunicación, individuales y colectivas, con base en estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, representaciones sociales de la salud oral y de los servicios odontológicos, realizados en los perfiles de situación de salud oral.
- Promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen el mejoramiento de los problemas de oportunidad encontrados en las autoevaluaciones. Así como la pertinencia de las acciones de atención en salud oral que se desarrollen en las Localidades y territorios sociales, para los grupos vulnerables y especiales.
- Asesorarán a sus miembros sobre las acciones de atención en salud oral del PIC, POS y no POS que necesitan fortalecerse, complementarse o desarrollarse a partir de los perfiles de situación de salud oral de la población que tienen a cargo.

De igual manera la Secretaría Distrital de Salud, las IPS y las EAPB deben propender por:

- Promover el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen, entre los miembros de las redes, mejorar la adherencia de los profesionales de la salud a las Guías de Práctica Clínica, la historia clínica unificada y a las normas de bioseguridad. Entre las alternativas se deberá incluir, como mínimo, que la Secretaría Distrital de Salud, las IPS y las EAPB realicen procesos de capacitación de las Guías de Práctica Clínica, GPC, en los cuales se advierta sobre las funciones que cumplen en la gestión clínica, su flexibilidad, su efectividad, su impacto; que se capacite sobre nuevos procedimientos incluidos en las Guías de Práctica Clínica, GPC y se rompa con la inercia de prácticas previas. La SDS socializará las GPC, mediante la herramienta comunicacional masiva que considere.
- Deberán garantizar las condiciones financieras y materiales para que las Guías de Práctica Clínica, GPC sean implementadas.
- La Secretaría Distrital de Salud adelantará una investigación sobre la situación de la gestión de la calidad en la atención en salud oral en cada ESE.

Por igual, los prestadores de servicios de salud oral:

- a) Asesorarán a sus miembros sobre las acciones de atención en salud oral del PIC, el Plan Obligatorio de Salud, POS y no POS que se necesiten fortalecer, complementar, o desarrollar a partir de los perfiles de situación de salud oral de la población que tienen a cargo.

b) Buscarán la continuidad en la provisión de los servicios mediante la realización de actividades, procedimientos e intervenciones de atención en salud oral del PIC y el Plan Obligatorio de Salud, POS a lo largo del tiempo, y de los individuos y grupos sociales a cargo, especialmente a través de alianzas estratégicas entre los miembros de la red de prestación de los servicios de salud. Esta continuidad incluye los registros en salud, especialmente de las historias clínicas y de información en salud, mediante el sistema de información en salud oral.

Elementos para la evaluación

- Desarrollo del análisis territorial y participativo de las autoevaluaciones tanto de la red de prestadores de servicios de salud oral realizadas por las EAPB miembros de la red, como del proceso de atención de salud oral de las IPS miembros de la red, sobre acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios, establecidas en el Decreto 1011 de 2006.
- Desarrollo del análisis de alternativas y de acciones conjuntas que propendan por superar los problemas encontrados en dichas autoevaluaciones.

2.2.3.4 Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica

Para éstos Sistemas se definieron tres objetivos, así:

OBJETIVO 1

Diseñar e implementar un sistema de información de la gestión de salud oral. La ciudad debe

contar con información oportuna que permita la toma de decisiones para la gestión de salud oral. Se requiere de un sistema de información que se alimente desde los territorios y que incluya los aspectos de la gestión, administración, atención individual y acciones colectivas. El sistema debe ofrecer información tanto para el territorio, como para el nivel central, con el fin de realizar el seguimiento, evaluación y planeación de los Programas.

Estrategias

- Diseño del sistema de información de la gestión de salud oral, articulado al sistema de información general.
- Implementación del sistema de información.

Elementos para la evaluación

- Recolectar información de fuentes primarias.
- Analizar la información recopilada.
- Evaluación del sistema de información de la gestión de salud oral.
- Cumplimiento de metas de salud oral.

OBJETIVO 2

Ajustar e implementar la historia clínica de salud oral unificada para la red pública, digital y en línea. La historia clínica es uno de los instrumentos para alimentar el sistema de información de la gestión de salud oral. Su unificación permitirá contar con información territorial completa, y su digitalización resolverá los problemas de archivo y pérdida de datos y permitirá generar información en línea para el sistema; será, además, de gran ayuda para la gran movilidad que tiene la población en la ciudad.

Estrategias

- Ajuste de la historia clínica de salud oral unificada para la red pública.
- Prueba piloto de la historia clínica de salud oral unificada para la red pública.
- Puesta en línea la historia clínica.
- Evaluación de la implementación de historia clínica de salud oral.

Elementos para la evaluación

- Realizar análisis de la información sistematizada en la historia clínica puesta en línea.
- Hacer seguimiento de pacientes, de acuerdo con la información consignada en la historia clínica en tiempo real, por el tratante como por otros odontólogos.

OBJETIVO 3

Implementar y evaluar el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO). El desarrollo del SISVESO en sus etapas de diseño y estudio piloto se han adelantado con éxito. La implementación de la estrategia de vigilancia centinela funciona actualmente en la red pública y se ha iniciado también en la red privada y red escolar.

Este Sistema se debe articular con el Sistema de Información de la Gestión de Salud Oral y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, previsto dentro del Plan Nacional de Salud Pública. Una vez afianzada la Estrategia de Vigilancia Centinela para la red pública y privada en la ciudad, debe desarrollarse la estrategia de encuestas que ha de realizarse, por lo menos cada 5 años. Posteriormente se continuará

con las estrategias de investigaciones especiales y seguimientos a pacientes sanos.

Estrategias

- Implementación de la estrategia de vigilancia centinela en la red pública y privada de la ciudad.
- Diseño e implementación de la estrategia de encuesta en salud oral.
- Desarrollo de investigaciones epidemiológicas especiales dentro del sistema de vigilancia.
- Diseño e implementación de la estrategia de seguimiento del paciente sano.

Elementos para la evaluación

Seguimiento al compilado del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, SISVESO.

2.3 TERCER EJE. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ODONTOLÓGICO

2.3.1 CONSIDERACIONES TEMÁTICAS SOBRE EL EJE

La Política de Salud Oral de Bogotá, en su propósito por mejorar la situación de salud oral de la población, de reorganizar los servicios con miras a garantizar el Derecho a la Salud con perspectiva de equidad, bajo el enfoque promocional, requiere un esfuerzo colectivo, intersectorial e interdisciplinario,

mediante la concertación entre actores y ámbitos, integrando acciones promocionales de la salud, preventivas de la enfermedad, educativas, protectoras, restaurativas y rehabilitadoras para toda la sociedad. Para lo cual el talento humano odontológico (Profesionales, personal auxiliar, promotores, agentes comunitarios) debe estar formado e instruido, contando, para el desarrollo de su labor, con condiciones laborales óptimas que le permitan responder, con altos niveles de calidad, a la resolución de las necesidades y problemáticas de salud oral de la población del Distrito Capital.

Estas condiciones, relativas al talento humano en salud, han sido reconocidas como necesarias por

el Gobierno Distrital, a través de lo planteado en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011, donde define como uno de los objetivos del Eje de Prestación y Desarrollo de Servicios: "Contar con un talento humano del Sector Salud en el Distrito Capital calificado, motivado, bien remunerado y con bienestar".

Adicionalmente, el papel del talento humano en salud, en la implementación de las acciones propuestas en el marco del Modelo de la Atención Primaria en Salud, Estrategia Central de la Política de Salud Oral del Distrito Capital, ha sido promulgado claramente, entre otros, en la declaratoria del Sexto Congreso Internacional de Salud Pública, realizado en Medellín en junio de 2009.



Lo anterior implica una apuesta por la construcción de escenarios para el desarrollo profesional de trabajo digno, con espacios gratificantes de crecimiento progresivo y que a su vez, le permitan al profesional desarrollar la capacidad para plantear objetivos y metas intermedias, que acumulen capacidad para gestionar mejores condiciones laborales, salariales, de incentivos, de estabilidad laboral, de capacitación, de infraestructura, de prevención y atención a las enfermedades derivadas de su ejercicio, para todo el personal del equipo de salud oral.

El logro de esta meta debe reconocer y superar, mediante acuerdos, las complejas relaciones que actualmente se presentan entre formadores, personal del equipo de salud oral (Profesionales, personal auxiliar, promotores, agentes comunitarios), administradores de la salud, prestadores y entes rectores para construir alternativas de acción que articulen esfuerzos y recursos de diferentes instancias e instituciones. Ello con el fin de fortalecer la gestión del talento humano odontológico, para que de una manera cualificada, digna y responsable, afronte la situación de la salud y enfermedad oral de la población del Distrito Capital.



2.3.2 PROBLEMATIZACIÓN

Los actores participantes en los talleres, en las entrevistas y en la revisión documental, identificaron en el proceso de balance general del desarrollo e implementación de la Política problemáticas consideradas prioritarias, respecto del talento humano odontológico, para ser abordadas dentro de las líneas estratégicas de la Política de Salud Oral; algunas de las cuales fueron planteadas inicialmente en el documento de la Política, pero que evidencian poco desarrollo desde el momento de su formulación.

Entre las problemáticas identificadas se encuentran:

- **Condiciones laborales**
- **El tipo de contratación**

Una de las problemáticas más sentidas respecto de las condiciones laborales, es el tipo de contratación. Si bien la contratación de los profesionales es un asunto de orden estructural ante el cual la Política tiene un campo de acción limitado, ha sido identificada como una de las mayores problemáticas por parte del talento humano odontológico de la Capital. La contratación preponderante por prestación de servicios, a través o no de cooperativas, genera inestabilidad laboral, acrecienta la problemática de la salud ocupacional al no tener afiliación en el sistema de riesgos profesionales y, en consecuencia, una gran desmotivación de los(as) profesionales, el personal auxiliar y los(as) promotores de salud oral en su ejercicio.

Otro de los grandes inconvenientes derivados de este tipo de contratación y que afecta directamente la implementación de la Política de Salud Oral, el trabajo de ámbitos y la APS, entre otros, es la gran movilidad de profesionales y de personal auxiliar ocasionada por el sistema de flexibilidad laboral. Cuando se trabaja desde una perspectiva social como la de la Política; y en escenarios como escuelas, familias y Localidades, se requiere que tanto los(as) profesionales y el personal auxiliar, como los(as) promotores(as) de salud oral, establezcan, a través del tiempo, acercamientos, que avancen en procesos de comprensión, de generación de confianza, de aproximación con el territorio; y formen relaciones con las comunidades, permitiendo una transformación de sí mismos(as) y de su propia práctica, lo cual requiere un tiempo de apropiación.

Al existir estas condiciones laborales, este cambio o movilidad trae como consecuencia que los avances logrados a favor de éstos procesos sociales, planteados desde el Nivel Central o el Nivel Territorial, se vean truncados o transformen su sentido y no logren el objetivo propuesto. La movilidad y baja continuidad del personal que hace parte del equipo de salud oral conlleva, igualmente, a una realización permanente de procesos de inducción y de capacitación al talento humano contratado, generándose pérdidas importantes, de personal cualificado, para el desarrollo de los Programas y acciones que se estén ejecutando.

- **Relación no coherente entre el número de profesionales, los puestos de trabajo y las necesidades de la población**

La población de Bogotá tiene una alta necesidad de atención en salud oral. Para suplir las necesidades existentes debe ser ofrecido un mayor

número de centros de atención y, por consiguiente, más puestos de trabajo y más profesionales y auxiliares contratados(as), tanto en la red pública como privada, ya que lo que existe es insuficiente.

Se plantea una relación no coherente en razón a que existe gran número de profesionales y personal auxiliar en la ciudad y una alta necesidad de atención en salud oral, pero no existe ni la infraestructura, ni los puestos de trabajo para que éstos sean contratados y suplir las necesidades existentes.

En beneficio del proceso de desarrollo de la Política, esta problemática debe ser analizada por los servicios tanto de la red pública como de la privada, y monitoreada por parte de la Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento de su función de rectoría como entidad territorial y de auditoría externa sobre la suficiencia de la red de la oferta de servicios a las entidades con las que contrata los servicios en el marco del sistema obligatorio de la garantía de la calidad.

Es importante que este análisis se apoye y sustente, entre otros estudios, en los resultados que se espera arroje el IV Estudio Nacional de Salud Bucal que se encuentra en desarrollo.

La enfermedad profesional y los accidentes de trabajo

Generados por las condiciones laborales, se han identificado como problemáticas críticas del personal que hace parte del equipo de salud oral. Este es un aspecto que amerita atención especial por parte de la Secretaría Distrital de Salud, de los hospitales de la red pública y, en general, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, así como también un dimensionamiento

preciso, con el fin de responderle no sólo al talento humano por su situación desde el sistema de riesgos profesionales, quien a causa del modelo de contratación se encuentra desamparado ante enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; sino también para replantear las formas de trabajo que conlleven a prevenir situaciones de salud incapacitantes.

Respecto a la enfermedad profesional, diversas investigaciones han determinado que “en la práctica odontológica, el estrés, la tensión, las malas posturas, el trabajo con esfuerzos repetitivos y la vibración localizada, contribuyen a que aparezcan problemas a nivel del sistema músculo esquelético del personal que la ejerce. Éstos desórdenes pueden diferir en grado de severidad desde síntomas periódicos leves hasta condiciones debilitantes crónicas severas”²³.

En este sentido es importante en primera instancia, identificar la magnitud del problema, sus causas, la caracterización del tipo de personal del equipo de salud oral en el que se está presentando, sus tiempos de jornada laboral, con el fin de plantear formas de reorganización de los procesos de trabajo que propendan por un ejercicio de la odontología menos incapacitante.

Así mismo, esta problemática amerita el planteamiento y desarrollo de procesos educativos, para que el personal del equipo de salud oral, el administrativo y directivo de los servicios, conozcan los factores de riesgo a los que se está expuesto, sus efectos y medidas de protección y/o prevención. Es importante tener en cuenta adicionalmente que, producto del análisis que se realice

23 LEÓN, N.; LÓPEZ, A. Lesiones músculo esqueléticas en el profesional odontológico, Acta Odontológica, Vol. 44, N°3, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, 2006.

desde las líneas de acción de calidad sobre eventos adversos, casos de latrogenia, por ejemplo, y, en la medida que sea necesario según los resultados, esto se vea reflejado en la planeación de capacitaciones, análisis de horas de trabajo clínico y de suficiencia, tanto de profesionales como de personal auxiliar, entre otros, con el fin de tomar las medidas pertinentes las cuales deben ser tenidas en cuenta, en el modelo de atención que se desarrolle.

Idoneidad del talento humano odontológico

- Se ha planteado como problemática importante del talento humano odontológico una debilidad en la comprensión y manejo, entre otros temas, de los referentes conceptuales, estratégicos, normativos y de la propuesta del Plan

de Acción de la Política de Salud Oral, aspecto clave que debe ser abordado con los profesionales, el personal auxiliar y demás integrantes del equipo de salud oral, como los promotores de salud y los agentes o líderes comunitarios. Entre las temáticas débiles en su comprensión y manejo, se han identificado las correspondientes a áreas administrativas y de gestión, investigativas, de salud pública, clínicas, de bioseguridad, éticas; así como las concernientes a aspectos de comunicación y educación para la salud, trabajo comunitario y aquellas que hacen parte de los referentes conceptuales y estratégicos de la Política de Salud Oral.

- Para abordar esta problemática, es necesario monitorear las necesidades de capacitación en los territorios y, teniendo en cuenta estas particularidades, hacer una planeación y definir las estrategias más pertinentes para los procesos y acciones de capacitación. En

este aspecto, es muy importante tener en cuenta que la cualificación permanente del personal de salud oral no se logra exclusivamente a través de cursos de educación continuada o de talleres u otras estrategias pedagógicas existentes. Aquí se debe entender que la adquisición de habilidades, conocimientos y comprensión del enfoque de la Política se fortalece





también en la medida que el talento humano opere y ejecute, en el día a día y de manera continuada, las acciones en el marco de la Política.

- El talento humano, como eje de la prestación de los servicios de salud, exige adicionalmente que la formación trascienda la información, la explicación y la aplicación de conocimientos y técnicas; y aborde aspectos de orden social y político que propendan igualmente por una mayor humanización de los servicios. Esto es necesario si se pretende desarrollar propuestas de planeación local con participación social, las cuales privilegian la participación de las personas desde el territorio, lo que implica tener un mayor liderazgo y empoderamiento. La potenciación de estas características pasa por la subjetividad de la persona,

quien se transforma mediante procesos educativos acompañados de espacios de acción donde se van construyendo nuevas realidades. No será posible tener un escenario distinto mientras no se transformen las mentalidades, lo cual avanzará en la medida en que se habiliten espacios donde la acción permita reflexionar en procesos sistemáticos, intencionadamente orientados para lograr que se participe en la vida social de una manera más activa y con mayor liderazgo, para valorar de manera permanente el contexto y articularse a las tendencias sociales, económicas, políticas y culturales de la sociedad. Por esta razón adquiere mayor sentido y relevancia, como lineamiento de la Política, abrir la posibilidad de participación del talento humano odontológico en la planeación territorial.

Formación del talento humano odontológico

La formación del talento humano odontológico ha generado, durante los últimos años, un debate importante, centrado en los perfiles del personal de salud que el país necesita para resolver las problemáticas de salud oral de la población. En este debate han primado, en términos generales, dos planteamientos: de un lado, desde las instituciones formadoras se considera que la lógica de la prestación de los servicios y del actual sistema de salud en general, centrada en un enfoque de mercado guiado por relaciones comerciales e indicadores de eficiencia más que de efectividad, no es la que debe guiar los procesos de formación. De otro lado, desde los servicios se plantea que los(as) profesionales y el personal auxiliar que llega a los servicios no se encuentran preparados para actuar en el marco de las condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y, en el caso de Bogotá, para agenciar una Política que no tiene una perspectiva exclusivamente asistencialista.

Si bien cada posicionamiento cuenta con argumentos válidos a partir de su enfoque, en atención a la corresponsabilidad social y ética que debe primar, la discusión y los acuerdos asumidos desde las Instituciones de Educación Superior (IES) y las IPS, deben involucrar tanto los aspectos de orden administrativo y asistencialista que han evidenciado falencias en los servicios, como aquellos correspondientes al proceso salud/enfermedad oral en el marco de la determinación social, desde un enfoque de derechos, como a los escenarios de acciones colectivas, interdisciplinarias, aspectos de salud escolar y salud familiar, entre otros escenarios de desarrollo de la Política.

Entendiendo que el énfasis en la formación del talento humano odontológico, desde un enfoque biológico y de enfermedad, técnico instrumental y repetitivo, descontextualizado muchas veces de las condiciones sociales y culturales y de la dinámica de los servicios en el sistema de salud, tiene como una de sus causas el que los procesos formativos no se desarrollen en espacios ni contextos reales de la sociedad ni de los servicios, se plantea como alternativa el fortalecimiento de la relación docencia-servicio, a través de la realización de convenios docente-asistenciales.

Éstos Convenios permiten contar con los escenarios y el contexto para una formación que brinde las herramientas conceptuales, actitudinales y las habilidades necesarias para afrontar la realidad del proceso salud enfermedad de la población bogotana. Así mismo, abre la posibilidad de que los desarrollos académicos y avances conceptuales y tecnológicos, surgidos desde la academia, nutran las propuestas de modelos de atención, dinámica de los servicios de salud oral y, en general, las líneas de acción de la Política de Salud Oral del Distrito Capital.

Se entiende entonces la relación docencia-servicio como el vínculo que se establece entre instituciones formadoras del talento humano en salud e instituciones que desarrollen actividades o Programas de atención en salud en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esto con el propósito de formar talento humano idóneo y competente para atender las necesidades de salud de la población. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las instituciones que hacen parte de la relación docencia-servicio.

En el proceso de diagnóstico de esta problemática se ha evidenciado que lo correspondiente al talento humano en salud oral ha sido una línea poco desarrollada en la Secretaría Distrital de Salud; entre otras causas porque no existe una instancia directamente delegada como responsable para hacerse cargo del desarrollo de este lineamiento al interior.

Si bien la relación docencia-servicio implica la concertación de dos actores principales, como son las instituciones formadoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, es necesario que la Secretaría Distrital de Salud, en su función de rectoría, asuma el liderazgo de la convocatoria y llamado a los formadores, tanto de profesionales de la odontología como de personal auxiliar y promotores de salud, para la concertación de los aspectos nucleares de esta relación; no sólo bajo el marco de la normatividad vigente en el país para este efecto, sino bajo las líneas de acción definidos en la Política de Salud Oral de la ciudad. Este campo encuentra actualmente un espacio allanado a partir de la **Resolución 1101 del 11 de noviembre de 2009 de la Secretaría Distrital de Salud, por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública entre el grupo de trabajo por la Salud Pública del Distrito Capital y la Secretaría Distrital de Salud.**

Las Instituciones que participan en esta Alianza son: la Secretaría Distrital de Salud, las universidades formadoras de profesionales en salud²⁴ y afines, las organizaciones académicas, OPS/

OMS, las IPS y demás actores sociales que promueven la docencia, la extensión y la investigación, orientadas a la solución de los problemas de salud de los colombianos. En esta Resolución se reafirma el papel que tienen las universidades y las organizaciones académicas en las transformaciones sociales necesarias para mejorar las condiciones de vida y salud, a partir de la formación de profesionales, técnicos y auxiliares socialmente competentes, acorde con las necesidades y exigencias del Distrito y del país.

Entre sus objetivos se encuentran: construir conjuntamente propuestas para el fortalecimiento en la formación y capacitación del talento humano en salud pública, que articule las Políticas, Planes, Programas y Estrategias de Salud Pública y educación superior, con acciones a corto, mediano y largo plazo. Este es un escenario que debe ser desarrollado aprovechando este acuerdo de voluntades y acogiendo para este desarrollo el compromiso, explicitado en la Resolución 1201 de la SDS, de “delegar un representante de cada una de las áreas misionales de la SDS con capacidad de decisión a participar de forma permanente en el grupo de trabajo y sus mesas y el compromiso de ubicar la coordinación técnica de la participación de la SDS en la alianza en la Subsecretaría Distrital de Salud”.²⁵

24 Actualmente en el Distrito Capital existen siete Programas de Odontología pertenecientes a: Universidad Nacional de Colombia, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Antonio Nariño, UNICOC, Colegio Odontológico Colombiano, Fundación Universitaria San Martín y Universidad Cooperativa de Colombia.

25 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Resolución 1201 del 21 de noviembre de 2009.

2.3.3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO ODONTOLÓGICO

2.3.3.1 Dignificación de las condiciones de trabajo

Objetivo

Mejorar las formas de contratación con miras a una mayor estabilidad laboral y a la dignificación del trabajo del talento humano odontológico de la ciudad, en procura de la calidad de los servicios en salud oral y del cumplimiento de los objetivos de la Política.

Estrategias

- Investigación y monitoreo orientado a identificar y evidenciar características específicas de las condiciones laborales del talento humano odontológico de la ciudad, tanto en IPS públicas como privadas, que permitan proponer líneas de acción para mejorar las condiciones laborales y las formas de contratación.

Gestión por la dignidad laboral odontológica en Bogotá:

- A partir del análisis de la información obtenida a través del proceso investigativo y de monitoreo, y la aportada por los observatorios, tanto de recursos humanos en salud, como el Nacional de Salud Bucal (Nodo Bogotá), realizar

acuerdos y alianzas con los demás profesionales de la salud, con el fin de emprender acciones en el nivel territorial con las ESE(s) y con los prestadores privados con miras al mejoramiento de las condiciones laborales.

- Articularse a las estrategias que se están desarrollando, o que se desarrollen a futuro en esta misma vía en la ciudad.

Elementos para evaluación

- Información obtenida bajo indicadores como: número de odontólogos en las ESE(s), IPS(s), cuántos con contratación por prestación de servicios, cuántos con contratación por porcentaje, salario, entre otros.
- Monitoreo y análisis permanente de la información obtenida.
- Propuestas de líneas de acción que propendan por una mayor estabilidad laboral.
- Nivel de participación del Grupo Gestor de la Política en escenarios que propendan por la dignificación del trabajo del talento humano en salud.

2.3.3.2 Prevención de las enfermedades y accidentes profesionales

Objetivo

Reorganizar los procesos de trabajo e implementar estrategias educativas para el talento humano odontológico y los empleadores, con miras a fortalecer la prevención y consecuente reducción de las enfermedades de origen ocupacional y accidentes de trabajo.

Estrategias

Identificación de la magnitud del problema de enfermedad profesional y accidentes de trabajo del equipo de salud oral, y del tipo de población de la profesión en la que se está presentando a través de la creación de un sistema de reporte de los tipos de accidentes, de las incapacidades de los profesionales, el tipo de patología y el número de horas de trabajo de este personal, entre otros datos, por parte de las ESE(s) y las EPS(s) de Bogotá.

Cruce de información con el sistema de enfermedad profesional y accidente laboral del Ministerio de la Protección Social y eventuales conversatorios con profesionales.

Con base en la información obtenida, avanzar en las propuestas y acciones de reorganización de los procesos de trabajo que propendan por un ejercicio de la odontología menos incapacitante y de mayor calidad. Diseño e implementación de estrategias educativas, dirigidas al talento humano del equipo de salud oral y a los empleadores, sobre los factores de riesgo ocupacionales a los que el personal de salud está expuesto, sus efectos, medidas de protección y/o prevención.

Elementos para evaluación

- Funcionamiento de un sistema de reporte de enfermedad profesional y accidentes de trabajo.
- Análisis permanente de los datos arrojados por el sistema de reporte, en cruce con información de otras fuentes, como el sistema de enfermedad profesional y accidente laboral del Ministerio de la Protección Social e información de

fuente directa a través de conversatorios con profesionales y demás integrantes de los equipos de salud oral.

- Implementación de acciones de reorganización de procesos de trabajo del talento humano odontológico, identificadas como necesarias en los análisis realizados.
- Estrategias educativas en desarrollo, dirigidas al talento humano del equipo de salud oral y a los empleadores, sobre los factores de riesgo ocupacionales a los que el personal de salud está expuesto, sus efectos, medidas de protección y/o prevención.

2.3.3.3 Educación continuada y permanente del talento humano

Objetivo

Garantizar, para el desarrollo del modelo de servicios con calidad y, en general, para el desarrollo de la Política bajo el enfoque de derechos con perspectiva de equidad, el desempeño de profesionales idóneos y capaces de integrarse a las tendencias de las Políticas, Planes y Programas en desarrollo; y de proponer nuevas alternativas para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud oral en la capital.

Estrategias

- Monitoreo permanente de las necesidades de capacitación en los territorios, teniendo en cuenta las particularidades territoriales y locales.
- Planeación y definición de las estrategias más pertinentes al contexto territorial para los procesos y acciones de capacitación.

- Cualificación permanente del talento humano odontológico del Distrito Capital en temáticas relacionadas a las áreas administrativas, investigativas, de salud pública, de salud colectiva, de ciencias sociales en salud, clínicas, de bioseguridad y éticas, así como en aspectos de comunicación y educación para la salud, trabajo comunitario y aquellos que hacen parte de los referentes conceptuales y estratégicos de la Política de Salud Oral. El proceso de cualificación se puede realizar a través de cursos, conversatorios, boletines y espacios de socialización de experiencias; entre otras estrategias, obedeciendo a un plan de formación vinculada al trabajo y que responda a lo propuesto en la Política.
- Revisión de los procesos de selección de los(as) odontólogos(as) que presten el servicio social obligatorio y del personal del equipo de salud oral que ingrese nuevo a los servicios, de manera que los perfiles seleccionados contribuyan al desarrollo de la Política.
- Realización de cursos o jornadas de inducción a quienes ingresan al servicio social obligatorio y, en general, al personal de salud oral que ingrese a los servicios.
- Realización de jornadas de socialización e intercambio de experiencias territoriales y locales entre los profesionales y auxiliares de las ESE(s), los promotores, la academia, el Grupo Funcional de la SDS y las IPS.
- Articulación de la Secretaría Distrital de Salud con otros sectores e instituciones, como el Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social, el Observatorio Nacional de Salud Bucal (Nodo Bogotá), Facultades de Odontología de Bogotá, la Asociación

Colombiana de Facultades de Odontología, ACFO; la Federación Odontológica Colombiana, y el Grupo de Trabajo de la Alianza por la Salud Pública del Distrito Capital, para establecer dinámicas de estudio, análisis y discusión de temáticas relacionadas con el talento humano de salud oral de la ciudad.

Elementos para evaluación

- Proceso de monitoreo y diagnóstico permanente de necesidades de cualificación.
- Plan Anual de Educación Continuada dirigida al talento humano que hace parte del equipo de salud oral.
- Cumplimiento del plan propuesto.
- Procesos de inducción sobre los referentes, líneas de acción y aspectos de gestión de la Política de Salud Oral al personal de salud oral que ingresa a los servicios, incluyendo a quienes ingresan a realizar el servicio social obligatorio.
- Participación del talento humano del equipo de salud oral en la planeación territorial.
- Desarrollo de jornadas de socialización e intercambio de experiencias territoriales y locales entre los profesionales, auxiliares de las ESE(s) y demás personal del equipo de salud oral, la academia, el Grupo Funcional de la SDS y las IPS.
- Desarrollo de jornadas de análisis y discusión con otros sectores e instituciones sobre aspectos sobre el talento humano odontológico.

2.3.3.4 Fortalecimiento de la relación docencia/servicio

Objetivos

- Articular la dinámica de la academia y de los servicios, aspirando a la formación bajo escenarios y dinámicas reales de la ciudad y a la construcción conjunta de modelos y enfoques de acción que fortalezcan la salud oral de la población del Distrito Capital.
- Fortalecer el trabajo sostenido con las universidades a través de procesos de formación del talento humano odontológico, en el marco de las Líneas Estratégicas de la Política, gestionadas desde los servicios locales de salud oral.

Estrategias

- Incorporación en el debate político Distrital en salud a las Facultades de Odontología y centros investigativos, con el fin de lograr que las agendas de formación profesional, de investigación y educación continuada que incorporen aquellos asuntos problemáticos identificados como prioritarios para la ciudad.
- Articulación de los procesos de formación del recurso humano y los escenarios de prestación de servicios y trabajo comunitario en salud y otros escenarios en el nivel territorial, mediante el desarrollo de acciones que permitan que los procesos de formación del recurso humano se articulen a las dinámicas propias de los servicios de salud oral en Bogotá. Esta articulación se realiza a través del desarrollo de convenios docentes asistenciales con las ESE para incorporar la relación docencia-servicio en la red de atención en salud oral en Bogotá.

- Inducción sobre los referentes, líneas de acción y aspectos de gestión de la Política de Salud Oral a los(as) estudiantes que ingresan a la red de servicios de salud oral en el marco de los convenios docente-asistenciales.
- Desarrollo de procesos de planeación del talento humano odontológico que se requiere hacia el futuro, más allá de una planeación referida a la cantidad, orientada a resolver las necesidades reales de la población.
- Construcción de una metodología para la evaluación de la relación docencia-servicio, concertada con los diferentes actores involucrados.²⁶

Elementos para evaluación

Existencia de Convenios docencia-servicio, entre las instituciones formadoras del talento humano odontológico de la ciudad y los hospitales de la red pública.

Existencia de escenarios y agendas de debate político entre la SDS, las EPS, IPS e Instituciones formadoras de talento humano odontológico que incluyan temáticas como: la planeación del recurso humano odontológico y acciones que propicien el desarrollo del modelo de atención de la red pública, entre otros.

Desarrollo de una metodología concertada para la evaluación permanente de la relación docencia/servicio.

26 Plan de Acción de Salud del Distrito Capital, 2008-2011, Bogotá, abril de 2008.

2.4 CUARTO EJE PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN DE CONOCIMIENTO

2.4.1 CONSIDERACIONES TEMÁTICAS SOBRE EL EJE

La investigación en salud oral y, en un sentido más amplio, la producción de conocimientos pertinentes y relativos a la salud oral, se constituye en un aspecto central para la Política de Salud Oral. Las relaciones entre Políticas públicas y conocimiento ponen en juego distintos intereses y actores; reglas y normas; formas organizativas, ciclos y temporalidades de producción; valores y orientaciones morales; capitales simbólicos y culturales; formas de acumulación y validación; recursos económicos; y, en general, capacidades individuales e institucionales que deben ser analizadas y comprendidas para el diseño de estrategias y acciones que puedan contribuir en la gestión, corrección, en una producción de conocimiento formal y en la transformación de la Política, en el sentido de una producción de conocimiento crítico e innovador.

En cualquiera de los dos casos las tareas de producción, circulación y apropiación del conocimiento deben ser concebidas como parte de la respuesta social en salud, en la perspectiva de solucionar problemas particulares del campo; y, en consecuencia, ser objeto de intervención de la Política, a fin de lograr que en la intensificación de las relaciones entre política y

saber, se genere la posibilidad para garantizar la crítica (Reflexividad) permanente sobre la misma Política. En otros términos, una de las razones por las cuáles una Política se debe hacer cargo de la gestión del conocimiento, es la de lograr integrar el conocimiento necesario y suficiente para la comprensión, evaluación, corrección y regulación de la propia Política.

A pesar de todo lo que este esfuerzo significa, las relaciones de Política y la investigación o la producción de conocimiento, no se refieren únicamente a vínculos de utilidad o eficiencia, como en este caso, la Política en Salud y en particular en salud oral, debe establecer y promover articulaciones estables entre diferentes agentes e instituciones vinculadas a su propia cadena de producción de conocimientos, con el objeto de generar las condiciones para la construcción del campo de la salud oral, como un campo de producción de conocimientos, sin que ello signifique un reemplazo de las entidades de fomento de la investigación.

Existen varias razones para ello: en **primer término**, el reconocido papel que juega invención y la innovación tecnológica y social en el mejoramiento del acceso a ciertos tratamientos y avances en salud, y en general, respecto a sus efectos positivos al mejorar la calidad de vida de la población. En **segundo lugar**, la capacidad que tiene la innovación social sobre los procesos sociales y la generación de valor agregado en los resultados en salud. En **tercer lugar**, por la necesidad de impulsar investigaciones e investigadores atípicos (Respecto al campo), impulsar empresas colectivas para la producción de conocimiento, generar mecanismos que faciliten la vinculación y maduración de investigadores, entre otros. En esta última tarea, la Política debe proponer acciones de



organización, de alianzas para el fomento y formación en la investigación, apoyo a la circulación de la producción científica relevante y aproximación intersectorial de agentes interesados, tanto en el financiamiento, como en la apropiación de los resultados de la investigación.

Es necesario, aclarar los límites de la investigación respecto a la Política de Salud Oral y a las necesidades o problemas de salud en la sociedad. Hay problemas en salud que no requieren de la producción de conocimiento para ser resueltos y, generalmente, hay problemas en salud que no se resuelven únicamente con la producción de conocimiento, por cuanto existen siempre mediaciones sociales y políticas para alcanzar la solución, pero hay que reconocer también que son muchos los casos en los que el conocimiento, juega un papel crítico y se constituye en una condición necesaria e indispensable para hallar una solución.

De otra parte, es necesario tener en cuenta que los ciclos de producción del conocimiento

difieren del ciclo de la toma de decisiones, de manera que la agenda investigativa no puede ser correlativa en ningún momento con la agenda política y, menos si se consideran los distintos planos de responsabilidad presentes en cada uno de éstos escenarios. Por las razones señaladas, es muy probable que los problemas y necesidades sociales en salud no correspondan con la lista de prioridades de investigación; no obstante, se espera siempre que no exista una alta disonancia entre unas y otras, cuando ello ocurre, se debe generalmente al efecto de distorsión originado por factores externos, como ocurre por ejemplo, con los efectos de mercado en la producción de conocimientos.

El lugar de la innovación social y la innovación tecnológica en la Política de Salud Oral

La intención de desobligarnos de hablar de investigación en este contexto explicativo, tiene sus razones en las nuevas lecturas que se proponen en la literatura acerca de las relaciones entre investigación científica, innovación tecnológica, social y sociedad.

La **innovación** se refiere a la aplicación de nuevas ideas, conceptos, productos, prácticas, procesos con la intención no sólo intensificar o mejorar la productividad de algo (Como lo afirma cierta tendencia), sino de resolver problemas de la sociedad.

La innovación, en este sentido, no es sólo la aplicación de los resultados de la investigación y su desarrollo al más alto nivel. Se refiere a capacidades organizativas, imaginativas, inventivas y de gestión de los cambios; y de toma de decisiones que se dan en la sociedad, en el marco de

relaciones económicas, políticas, culturales, ambientales y sociales. Hasta el presente, con el concurso de dos matrices conceptuales se han tratado de explicar los efectos que las innovaciones tecnológicas generan en las transformaciones de la sociedad.

De un lado, están las corrientes, que sustentadas en una mirada evolucionista del progreso, consideran un desarrollo lineal de las tecnologías y su acercamiento paulatino y gradual a un bienestar difuso que por filtración se irradiaría a todos los sectores de la sociedad. La otra corriente, en contraposición, ha puesto de presente que los desarrollos tecnológicos no son del todo autónomos y neutrales; y que, por el contrario, están determinados en sus formas de producción y circulación por las relaciones de poder y de cultura, de manera que el conocimiento es visto como un problema de eficiencia y control social. En ambos casos, pese al aporte que la segunda corriente, hace de la valoración compleja del proceso de producción, circulación de la investigación y la innovación, sus relaciones respecto a la sociedad se hacen abstractas y externas cómo si la sociedad fungiera como simple medio ambiente del quehacer tecnológico y la innovación.

Reconocer que la producción de tecnologías y, en general, la producción de innovaciones, de conocimiento científico y sus usos, se materializan en formas organizativas propias de la sociedad y que no son en rigor un subproducto de estas, permite afianzar una teoría social de la producción tecnológica y la innovación.

Para el caso de la salud oral, estas formas organizativas pasan por la construcción de alianzas, redes colaborativas, gestión, organización y concentración de recursos, procesos de

negociación para definir prioridades de investigación e innovación, estímulos y generación de condiciones espaciales y de tiempo. Una Línea Estratégica de Política relativa a la Gestión del Conocimiento en Salud Oral, se debe interesar en los asuntos señalados.

En el propósito de aclarar este aspecto de la acción de la Política de Salud Oral, sobre el campo de conocimiento, es necesario acotar algo sobre el tipo de conocimientos que ella debe privilegiar para cumplir con sus metas, esto es la diferenciación de los conocimientos que son necesarios e indispensables para la generación de innovaciones en salud oral (Conocimientos tecnológicos), los conocimientos experienciales, que se generan por la experiencia, posibilitan el acumulado más o menos formal de conocimientos necesarios para la gestión y la cualificación de la Política; y, finalmente, los conocimientos que son indispensables para la comprensión de fenómenos complejos, como lo es la salud oral y sus determinantes (Científicos).

Éstos tres tipos de conocimientos, corresponden a tres procesos de producción y circulación distintos y, por lo tanto, involucran actores diferentes, alianzas específicas, normas y reglas particulares; modos específicos de circulación y formas particulares de acumulación, por lo que demandan, acciones específicas de Política

A continuación nos referiremos a cada uno de ellos:

Conocimientos de innovación tecnológica o social: corresponden a la aplicación de ideas, conceptos y procesos, capaces de intervenir una realidad. Responden a un imperativo de

eficiencia y pueden representar cambios en los procesos y los procedimientos, en la incorporación de artefactos a los procesos y transformación de Protocolos. Tienen como fundamento el conocimiento científico, aunque no siempre; y parten de intervenir la realidad a partir de diseños rigurosos, modelos y exigentes procesos de planificación. En el campo de la salud oral pueden incluir desde el diseño del modelo de servicios en salud oral, pasando por los Protocolos de atención, hasta la incorporación de tecnologías que faciliten procedimientos clínicos, mejoren sus pronósticos o incidan en el mejoramiento del acceso a los servicios.

Este tipo de conocimiento es generalmente el resultado de la incorporación de diferentes racionalidades, fuera de la científica, como puede ser la de: un decisor de Política, un usuario, creativo, publicista, empresario, entre otros. Generalmente circula en publicaciones especializadas de innovación o cartillas y otras formas de divulgación no especializada. En algunas de sus líneas exige de fuertes alianzas y “clusters” establecidos entre los institutos de investigación y las empresas.

Conocimientos experienciales: corresponde al tipo de conocimiento documentado y por lo mismo objetivado, posible de reproducir y transmitir, que surge de los procesos sistemáticos de reflexión sobre las múltiples acciones que se llevan a cabo en los diferentes niveles de operación de la Política. La organización de información y la sistematización de procesos y resultados, son sus formas características de producción, no requieren de un plan previo y determinado y pueden tender a la informalidad dependiendo el grado de desarrollo institucional en donde se encuentre. Las experiencias educativas, los conocimientos sobre la gestión de la Política y los conocimientos

derivados del quehacer administrativo, son formas típicas de este tipo de conocimiento. Se circula generalmente mediante informes, que deben ser objeto de discusión colectiva y, en alguna medida, en los procesos de evaluación, cuando los enfoques tienden a ser participativos. Los funcionarios en los distintos niveles son portadores del mismo y pieza angular de su gestión.

Conocimientos científicos: son la expresión de un proceso de producción altamente formalizado, orientado por una acción racional y estratégica, por lo que demanda de rigurosos procesos de planeación. Su forma característica de gestión es el proyecto de investigación, sometido a unas exigentes reglas de validez y normas morales. Demanda siempre de la tradición escrita e involucra lógicas discursivas de tradiciones académicas en su desarrollo. Circula a partir de los informes de investigación, de revistas especializadas y requiere de procesos de traducción para su circulación, hacia públicos no especializados. La investigación en ciencias básicas, los estudios clínicos y la investigación en salud pública son sus formas características en el campo de la salud. Requiere para su producción formas especializadas de organización, generalmente grupales, estableciendo fuertes esquemas de enmarcación y jerarquización entre los investigadores.

La Política de Salud Oral requiere para su gestión, de la investigación en salud pública. Las investigaciones: epidemiológicas, en sistemas de salud, proceso salud enfermedad, procesos de producción, reproducción de la salud y la enfermedad; en términos generales, forman parte del conjunto de conocimientos que aportan, de manera directa, al campo de realización de la Política.

2.4.2 PROBLEMATIZACIÓN

La constitución del campo de la salud oral como campo de conocimiento, todavía forma parte de una agenda por construir. A pesar que el número de investigaciones en salud oral ha crecido en los últimos años, del aumento de los grupos de investigación reconocidos por Colciencias, vinculados a las Facultades de Odontología del país y de la consolidación de algunas líneas de investigación, no es posible identificar una masa crítica de investigadores y de grupos que garanticen una producción estable, acorde con las demandas de conocimiento que requiere la administración, la política; y, en general, las problemáticas sociales propias del campo de la salud oral.

Algunos Entes de orden gremial intentan, a través de encuentros de investigación, de la organización directa de empresas investigativas grupales, del desarrollo de congresos, estimular un proceso de discusión y la cooperación entre la incipiente comunidad académica. La profesionalización sigue siendo el eje de formación en las Facultades de Odontología, en menoscabo de la investigación. Podría describirse el campo científico, como discontinuo, atomizado, fragmentado y compartido.

De otra parte, la investigación que demanda la comprensión de los problemas de salud oral de la ciudad, es más bien casuística, espontánea y poco direccionada. No existe una agenda de prioridades de investigación en el campo de la salud oral, como tampoco procesos de concertación en curso que permitan avizorar que esta realidad pueda cambiar en poco tiempo. De otra parte, pocas facultades cuentan con recursos propios para el fomento de su propia investigación y dependen

de Colciencias, en donde tampoco es muy representativo el porcentaje de investigaciones de salud oral que cuenten con financiamiento.

Las alianzas para la generación de conocimiento son prácticamente inexistentes hecho que se expresa en la inexistencia de "clusters" centros de innovación tecnológica y de investigación aplicada en temas de interés odontológico. La relación de investigación con la administración pública es también débil y sin una orientación clara. No existen procesos genuinos de cooperación entre los funcionarios y los grupos de investigación; y no es una práctica común que aquellos formen parte activa de éstos y que adicionalmente tengan los tiempos disponibles para atender esta tarea a nombre de la administración. Todo ello refleja el escaso grado de sensibilidad que existe frente a las posibilidades que da la investigación a la administración pública y a la gestión de la Política.

La decisión de que los recursos de la Secretaría Distrital de Salud, destinados para la investigación sean administrados por Colciencias, sin la existencia de algún mecanismo efectivo que le permita a esta tener injerencia en las definiciones de las convocatorias, limita la capacidad de dirección y liderazgo que se requiere.

De otra parte, es evidente que existe un esfuerzo a nivel local por sistematizar sus experiencias y generar diferentes tipos de producción visual, escrita, entre otros. Este esfuerzo, sin embargo no es sistemático ni está presente en todas las Localidades, ni cuenta con un apoyo apropiado. Gestionar para conseguir apoyo para estas iniciativas, puede permitir que mediante éstos esquemas de producción se pueda avanzar de forma más eficiente en la visión compartida de un horizonte de Política y de la situación de salud oral en la Capital.

2.4.3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN PARA LA PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Acorde con los planteamientos iniciales y los problemas que acusa la ausencia de un campo de conocimiento en salud oral, la línea estratégica se propone:

2.4.3.1 Creación y captación de conocimiento en salud oral

Objetivo

Desarrollar estrategias para crear y captar el conocimiento en salud oral, en los distintos niveles de operación de la Política de Salud Oral para su cualificación e innovación.

Estrategias

- Conformar una estructura de soporte para crear y captar el conocimiento en salud oral, que esté integrada al Grupo de Investigaciones de la SDS y en la que participen los miembros del equipo gestor de la Política y otros actores de la salud oral en la ciudad. Esta estructura brindará las herramientas de direccionamiento estratégico e información necesarias para fortalecer ésta Estrategia.
- Definir acciones estratégicas para la consecución de recursos de orden Distrital, Nacional e Internacional, para la gestión del conocimiento en salud oral.
- Mediante el uso de metodologías probadas para la priorización de la investigación como la “Matriz Combinada”, acordar una agenda de investigación que pueda ser incorporada por las Facultades de Odontología y otros centros de investigación a través de los grupos de investigación.
- Proponer y desarrollar conjuntamente con las Facultades de Odontología una cátedra itinerante, con requisitos académicos, sobre los problemas y las Políticas de Salud Oral de Bogotá, que sensibilice sobre éstos problemas de ciudad.
- Desarrollar una estrategia para la vinculación de funcionarios de la Secretaría y de los hospitales a grupos de investigación, de acuerdo con las ofertas existentes, intereses y necesidades, con el objeto de mejorar las capacidades investigativas y proponer Proyectos de investigación acorde con la priorización de los mismos. (Razonable definición de tiempos, espacios, estímulos, evaluación y productos). Uno de los productos es la participación de los profesionales en las convocatorias de Colciencias a través de su participación en los grupos de investigación.
- Elaboración y gestión de un Plan de Pasantías Académicas liderado por el equipo gestor de la Política de la SDS, para ofrecerlo a las universidades buscando la vinculación de estudiantes, a tareas investigativas y de sistematización, orientado a problemas de interés territorial o local, en el campo de la salud oral.
- Suscribir convenios de cooperación interinstitucional con las Facultades de Odontología, con agremiaciones, sociedades científicas y otros actores, para el desarrollo de investigaciones en salud oral.

Elementos para la evaluación

- Existencia de Agenda Distrital, priorizada y concertada, de investigación relevante en el campo de la salud oral.
- Existencia de Proyectos de Gestión de Conocimiento financiados con recursos de orden Distrital, Nacional e Internacional.
- Cátedra itinerante sobre la Política de Salud Oral en ejecución, un Comité Académico Distrital conformado.
- Número de grupos de investigación activos y reconocidos por Colciencias, de los que hacen parte funcionarios de nivel central y territorial de salud oral.
- Número de convenios de cooperación interinstitucional suscritos para la ejecución de Proyectos de investigación.
- Existencia de un Plan de Pasantías gestionado y negociado con las Facultades de Odontología.

2.4.3.2 Compartir los conocimientos de salud oral generados en la ciudad

Objetivo

Crear espacios para conocer y compartir las experiencias en salud oral, generadas a través de la implementación de la Política.

Estrategias

- Estimular la evaluación permanente de los Planes, Programas y Proyectos de Salud Oral implementados por los diferentes actores.
- Convocar a los diferentes actores de la salud oral en Bogotá, para identificar y apoyar la

sistematización de experiencias relevantes en el desarrollo de la Política. El carácter participativo de la sistematización, será un requisito central e innegociable.

- Constitución de grupos de interés por Localidad, para la evaluación y búsqueda de innovaciones que se propongan resolver problemas significativos de Política en el campo de la salud oral. (Evaluación grupal por territorio o Localidad). Los Grupos de Interés deben involucrar a miembros de la comunidad, tomadores de decisiones, profesionales, entre otros.
- Con el uso riguroso de metodologías para la priorización de problemas, susceptibles de enfrentar con innovaciones tecnológicas o sociales, realizar un concurso abierto, preferiblemente dirigido a estudiantes de pregrado y postgrado de las Facultades de Odontología del país, pero extendida a otros estudiantes, con el objeto de estimular la creatividad y la capacidad de innovación en escenarios específicos de la Política.

Elementos para la evaluación

- Plan de evaluación de los Planes, Programas y Proyectos de Salud Oral.
- Existencia de una convocatoria anual para la sistematización de experiencias en salud oral, debidamente financiadas, tanto en la etapa de sistematización como de producción. Un grupo de interés permanente por territorio o Localidad para la evaluación de la Política de Salud Oral y búsqueda de soluciones o alternativas.
- Un concurso sobre innovaciones de carácter Distrital y bianual dirigido a estudiantes de

pregrado y postgrado de las facultades de odontología para resolver problemas representativos y priorizados en diferentes niveles de operación de la Política.

2.4.3.3 Socializar y democratizar el conocimiento en salud oral

Objetivo

Transmitir el conocimiento en temas de salud oral a la comunidad científica y general, como una acción importante para la toma de decisiones y el empoderamiento de la comunidad en el tema.

Estrategias

- Convocar periódicamente a un espacio Distrital con la participación de funcionarios, decisores de Política y miembros de la comunidad con el propósito de socializar y discutir las experiencias y los resultados de investigaciones en salud oral.
- Desarrollar un portal virtual de conocimiento en salud oral que incluya las experiencias sistematizadas y resultados de investigaciones, tanto de

la ciudad como fuera de ella, que se convierta en un lugar de encuentro de los interesados y de la comunidad en general para actualizarse y como un insumo importante para la toma de decisiones de Política.

- Diseñar una propuesta de incentivos para la producción y publicación de artículos, libros, revistas, boletines y otros, en medios de divulgación Distrital, Nacional e Internacional sobre salud oral.
- Inscribir experiencias exitosas en salud oral en el Banco de Buenas Prácticas de la SDS, con miras a ser presentados en diferentes convocatorias

Elementos para la evaluación

- Un portal virtual sobre la Política de Salud Oral de Bogotá en funcionamiento.
- Convocatoria anual para la socialización y discusión de experiencias e investigaciones en salud oral.
- Propuesta de incentivos para producción y publicación de temas de salud oral.
- Experiencias exitosas en salud oral inscritas en el Banco de Buenas Prácticas.

Bibliografía

CÁCERES –MANRIQUE, FM. Oportunidades y Amenazas para la participación en salud en el escenario de la globalización. *Rev MedUnab.*, vol 12 No. 2 Agosto de 2009. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/page/revistamedunab/1222009/medunabagost2009oportundamenaz.pdf>, consultada el 5 de enero de 2009.

CEPIS-OPS-OMS. Proceso Global de Aprendizaje sobre el Enfoque de los Determinantes Sociales de Salud para Formulación de Políticas Públicas: Justicia Social y Equidad en Salud, 2006. <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdemu/fulltext/cursodssv2.pdf>, consultada el 6 de enero de 2010.

COOPER, M. et al. Cleft Palate – *Craniofacial Journal*, May 2000, Vol 37 N° 3.

FRANCO, A. Seguridad Social y Salud en Colombia. Estado de la Reforma. *Revista de Salud Publica Volumen 2 Marzo del 2000* Número 1: 1-16. <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n1/Rev211.htm>, consultada el 9 de enero de 2010.

GÓMEZ, R.D.; RODRÍGUEZ, F.L.; MARTÍNEZ, O.; AGUDELO, N.A.; ZEA, N.E.; GONZÁLEZ, E.R., Gestión de Políticas Públicas y Salud. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, 2004. Se encuentra en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf.

LEÓN, N.; LÓPEZ, A. Lesiones músculo esqueléticas en el profesional odontológico, *Acta Odontológica*, Vol. 44, N°3, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, 2006.

MALAMBO, R.N. *Boletín Epidemiológico Distrital*, Secretaría Distrital de Salud, Volumen 6, número 6, 2001.

MARCHIORI BUSS, Paulo. Health promotion and quality of life. En *Ciencia y Salud Colectiva*. Associação Brasileira de Pós/graduacao em Saúde Coletiva. Número 1, 2000.

MINISTERIO DE SALUD. Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB III. 1998.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Proyecto IDPs II. Convenio 114 de 2006 MPS-OPIM. <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16651DocumentNo5265.PDF>, consultada el 11 de enero de 2010.

MOLINA G.; CABRERA, G.A. (Comp). Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Grupo de Investigación en Políticas de Salud, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, Universidad de Antioquia, 2008.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos. <http://www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf>, consultada el 5 de enero de 2010.

OPS/CDA/FDI Reunión Regional de Jefes de Salud Oral 93° Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional, Sesión de Salud Pública. Estrategia de Salud Oral y Plan de Acción de la OPS 2005 – 2015. Montreal, Canadá, 2005.

OPS. 138° Sesión del Comité Ejecutivo. Propuesta de Plan Regional Decenal sobre Salud Bucal, Junio 2006.

OPS, Secretaría de Salud de México- Asociación Mexicana de Escuelas de Odontología - Asociación Dental Mexicana. Taller de Salud Oral para la Región de las Américas. Un llamado a la Acción para lograr comunidades libres de Caries en las poblaciones más vulnerables de la Región. Abril 23-25 de 2009. Consultada en <http://www.cenave.gob.mx/saludbucal/tallerdocumentoregionalfinal.pdf>.

Plan de Acción de Salud del Distrito Capital, 2008-2011, Bogotá, abril de 2008.

PNUD. Bogotá una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá. Bogotá 2008.

SÁNCHEZ, V.; LEÓN, N. Territorio y salud: Una mirada para Bogotá. *Rev. Universidad Nacional de Colombia*. Septiembre de 2008: 203-244. <http://www.digital.unal.edu.co/dspace/bitstream/10245/1000/9/08CAPI07.pdf> consultada el 4 de enero de 2010.

SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA. Estudio de Factores de Riesgo para Labio y Paladar Fisurado en el Departamento de Cundinamarca. 2002.

SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN. Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales. Referentes conceptuales para debatir el enfoque poblacional y el alcance de las Políticas Poblacionales. http://www.sdp.gov.co/www/resources/no_98.pdf, consultada el 6 de enero de 2010.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGÍA. Guía de Práctica Clínica de Caries Dental, 2007.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Investigación realizada por las ESE de Bogotá, en el marco del Plan de Atención Básica en Salud Oral, 2004.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Estudio piloto sobre condiciones de salud oral en Bogotá, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Oral, SISVESO, 2007.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública. Base de Datos Estrategia de Vigilancia Centinela. SISVESO, 2009.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2011, Bogotá abril de 2008.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Política Pública de Salud Oral para el Distrito Capital, con participación Social, 2004-2010. Bogotá, D.C. 2006.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Resolución 1201 del 21 de noviembre de 2009.

SUÁREZ, J.M. Universalidad con Equidad en Salud. Desafíos para América Latina en el Siglo XXII. Primer Congreso de Medicina y Salud, UNAM, Ciudad de México, 22 a 24 de abril de 2009. http://www.mex.ops-oms.org/documentos/equidad/universalidadequidadsalud_0409.pdf, consultada el 21 de diciembre de 2009.

TOBASURA, I. El desarrollo sustentable: una cuestión de equidad Social. Universidad de Caldas. http://lunazul.ucaldas.edu.co/index2.php?option=com_content&task=view&id=247&l, consultada el 8 de enero de 2010.

WHO (2008) World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly. *International Dental Journal*, 58, 115-121.

www.codhes.org, consultada el 2 de diciembre de 2010.

VÁSQUEZ, ML.; E. SIQUEIRA, Kruze I; DA SILVA, A Leite IC Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002;16(1):30-38.

ZAPATA-BARRERO, R. Diversidad y Política Pública. *Papeles*, No.104 2008/09: 93-104.

