



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Análisis de la política de salud Oral de Bogotá: Fase de formulación - 2011**

**Rosa Nubia Malambo Martínez**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Instituto de Salud Pública  
Maestría de Salud Pública  
Bogotá D.C., Colombia  
2015



# **Análisis de la política de salud Oral de Bogotá: Fase de formulación - 2011**

**Rosa Nubia Malambo Martínez**

**Código: 599643**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magíster en Salud Pública**

Director:

Dr. Carlos Alberto Agudelo Calderón.  
Médico M.Sc. Salud Pública, M.Sc. Ciencias

Línea de Investigación:  
Salud Pública

Grupo de Investigación:  
Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Instituto de Salud Pública  
Maestría de Salud Pública  
Bogotá D.C., Colombia  
2015



*A mi padre Luis Argemiro Malambo Arciniegas, que por medio de nuestra profesión de odontólogos y la práctica de la docencia que ha ejercido durante muchos años, me enseña día a día, que a través del conocimiento se engrandece nuestra bella y loable profesión.*

*A mi madre María Lilia Martínez Roa, quien siempre apoya mis metas y cuando me sentía debilitar, con sus sabias palabras me daba optimismo y fuerza para continuar y culminar mi Magister en Salud Pública.*

*A mis hermanos: Nancy, Liliana, Luis Argemiro y Carlos Alberto les agradezco por escucharme, acompañarme y ayudarme, especialmente a mi hermano Luis, cuando los fines de semana el tema principal era conversar sobre textos de salud pública.*

*A mis sobrinos Valentina y David, por entender que la tía Rosita, por estudiar, les despojaba horas de compañía, por una noble causa.*

*A Guerly Alfonso López Palacio, que desde su compañía y su profesión en Estadística, me apoyó en el cumplimiento del reto que me había trazado.*

*A mi Alma Mater, Colegio Odontológico Colombiano, que desde el Pregrado me fomentó el amor por la Salud Pública y hoy recojo frutos para continuar en su fortalecimiento.*

## **Agradecimientos**

**A mis maestros:** Gracias por compartir horas de sabiduría en la formación de la maestría, en especial a:

Dr. Carlos Agudelo Calderón. Médico.  
M.Sc en Salud Pública. M.Sc en Ciencias.  
Docente Maestría en Salud Pública.  
Universidad Nacional de Colombia.  
Director de tesis.

Dra. Rocío Robledo. Odontóloga.  
M.Sc en Salud Pública.  
Docente Maestría en Salud Pública.  
Universidad Nacional de Colombia.  
Jurado.

Dra. Elizabeth Suarez Zúñiga. Odontóloga.  
M.Sc en Administración en Salud.  
Docente facultad de Odontología.  
Universidad Nacional.  
Jurado.

Dra. Beatriz Polania. Politóloga.  
Universidad Javeriana.  
Apoyo académico

### **A los profesionales y amigos.**

Dra. Solángel García Ruiz. Terapista Ocupacional-  
Especialista en Seguridad Social - M.Sc. en Desarrollo Social y Educativo  
Coordinadora de la oficina de Investigaciones y Cooperación.  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Dra. Ana Sofía Alonso Romero. Enfermera.  
Especialista en Epidemiología. M.Sc en Salud Pública.  
Subsecretaría de Salud Pública.  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Dra. Patricia Londoño Ulloa. Odontóloga.  
Especialista en Periodoncia.  
Subsecretaria de Salud Pública.  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Dr. Jairo Hernán Ternera Pulido. Odontólogo.  
Especialista en Seguros y Seguridad Social  
M.Sc en Administración Servicios de Salud  
Subsecretaría Servicios de Salud y Aseguramiento.  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Dra. Claudia Naranjo Gómez. Odontóloga.  
M.Sc en Salud Pública.  
Subsecretaría de Salud Pública.  
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Dra. Carolina Morales Borrero. Odontóloga.  
M.Sc en administración en salud.  
PhD en salud pública.  
Docente facultad de Odontología Universidad Nacional de Colombia.

Dra. María Mónica Peña Osorio. Odontóloga.  
M.Sc en Salud Pública.  
Superintendencia Nacional de Salud.

Sra. Sara Helena Carrillo. Secretaria.  
Instituto de Salud Pública  
Apoyo académico.



## Resumen

El objetivo de la presente investigación fue el análisis de la política pública de la salud oral de Bogotá, en su fase de formulación. Es una investigación cualitativa de evaluación de política pública, teniendo como metodología de análisis el enfoque de ciclo de política. Las estrategias de investigación fueron la revisión documental, efectuada en tres fases y la realización

de entrevistas semiestructuradas. En los resultados se identifica que en la ciudad de Bogotá D.C, se reconoce el interés para el control y manejo de las enfermedades orales y el mantenimiento de la salud oral de la población bogotana, en cumplimiento a normas distritales, nacionales e internacionales. Por lo anterior se apostó a formular la primera política de salud oral en el Distrito Capital hacia el año 2004, siendo Bogotá, la primera ciudad en Colombia que le apuesta a las políticas públicas de Estado que darían la orientación para resolver la problemática identificada. Por cambios administrativos y de actor político se decide realizar una segunda política denominada "Política de salud oral de Bogotá, D.C., con participación Social para el decenio 2011-2021", que identifican de forma teórica lo propuesto en la política formulada en el 2004. La política a analizar identifica de manera clara la problemática y propone ejes que darían las pautas de planes operativos, más es importante que las normas generadas en el último lustro deban permear procesos, procedimientos y actividades que cumplirían con la misión y visión de controlar las enfermedades orales y tener cohortes de pacientes sanos con la ayuda del talento humano odontológico. Como conclusión se evidencia que la política tiene una formulación adecuada, pero es limitado el personal, administrativo y operativo que haga cumplir la política en sus ejes propuestos y que se evalúe para definir ajustes que a la postre permitirían el cumplimiento de una política de Estado.

**Palabras claves:** salud bucal, salud oral, política de salud, formulación de políticas.

## Abstract

The objective of this research was the analysis of public policy on oral health of Bogota, in the stage of formulation. It is a qualitative study of public policy evaluation, with the method of analysis the policy cycle approach. Research strategies document review were conducted in three phases and semi-structured interviews. The results are identified in the city of Bogota, the interest for the control and management of oral disease and maintaining oral health of the Bogota population, pursuant to district, national and international recognized standards. Therefore it was decided to make the first oral health policy in the Capital District by the year 2004, with Bogota, the first city in Colombia Bets on public policies that would give guidance to resolve the problems identified. For administrative and political actor changes you decide to make a second policy called "Oral Health Policy Bogotá, with social participation for the 2011-2021 decade" that identify theoretically proposed in the policy formulated in 2004. the policy analysis clearly identifies the problem and proposes axes give guidelines operational plans is more important than the rules generated in the last five years should permeate processes, procedures and activities to fulfill the mission and vision of controlling disease oral and keep patients healthy cohorts with the help of dental human talent. In conclusion, evidence has adequate policy formulation, but is limited staff, administrative and operational policy to enforce its proposed axes and evaluated to define settings that ultimately allow compliance with state policy.

**Key Words:** Oral Health, Health Policy, Policy Making.

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen .....</b>	<b>IX</b>
<b>Lista de figuras .....</b>	<b>XIII</b>
<b>Lista de tablas .....</b>	<b>XIV</b>
<b>Lista de Símbolos y abreviaturas .....</b>	<b>XV</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Problema de investigación.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Valoración de la investigación.....</b>	<b>9</b>
2.1 Propósito.....	9
2.2 Objetivos.....	9
2.2.1 Objetivo General .....	9
2.2.2 Objetivos Específicos.....	9
2.3 Justificación .....	9
<b>3. Marco conceptual .....</b>	<b>13</b>
3.1 salud oral .....	13
3.2 Convenios Internacionales- Nacionales y distritales .....	27
3.2.1 Metas, Objetivos y Blancos Globales de Salud Oral para el año 2020 .....	29
3.3 Normatividad .....	36
3.4 Políticas públicas.....	39
3.4.1 Definición de Políticas públicas .....	39
3.4.2 Ciclo de la política pública .....	42
3.5 Política de salud oral .....	67
<b>4. Aspectos metodológicos de la investigación.....</b>	<b>71</b>
4.1 Tipo de estudio .....	71
4.2 Estrategias de investigación .....	71
4.2.1 Revisión documental.....	71
4.2.2 Entrevistas semiestructuradas (fuente primaria).....	71
<b>5. Resultados .....</b>	<b>75</b>
5.1 Revisión documental .....	75
5.1.1 Definición de problemas .....	76
5.1.2 Definición de la agenda política .....	91
5.1.3 Establecimiento de objetivos .....	95

5.2 Resultados de entrevistas realizadas a informantes clave relacionadas con la política pública de salud oral.....	98
<b>6. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>103</b>
<b>A. Anexo: Pauta de Entrevista A.....</b>	<b>113</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>115</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Fases del ciclo de la política	45
Figura 2. Consolidación de problemática.	91
Figura 3. Definición de la agenda política.	95
Figura 4. Aprendizajes de la formulación de la Política de Salud Oral.	
Problemática-Agenda y Objetivos-	99
Figura 5. Formulando la Política de Salud Oral. Agendamiento	101
Figura 6. Aciertos, desaciertos, dificultades y logros.	106
Figura 7. Luces y Sombras de la formulación de la Política de Salud Oral.	107
Figura 8. Procesos que sucedieron desde la creación de las Políticas de Salud Oral	108

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Metas de salud bucodental a cumplir en el año 2000	28
Tabla 2. El Policy Cycle según Jones. 1970.	42
Tabla 3. Elaboración de la agenda pública.	46
Tabla 4. Fase formulación.	49
Tabla 5. Fase adopción de la decisión.	54
Tabla 6. Fase implementación.	54
Tabla 7. Tipos de evaluación.	62
Tabla 8. Las tres “E” y las tres “D”.	65
Tabla 9. Identificación de la problemática para la construcción del eje 1.	76
Tabla 10. Identificación de la problemática para la construcción del eje 2.	78
Tabla 11. Identificación de la problemática para la construcción del eje 3.	85
Tabla 12. Identificación de la problemática para la construcción del eje 4.	89
Tabla 13. Resumen componentes de la política de salud oral. 2011-2021.	97

## Lista de Símbolos y abreviaturas

- FDI:** Federación dental internacional.
- OMS:** Organización Mundial de la salud.
- IADR:** Asociación Internacional para la Investigación Dental (Siglas en inglés)
- RIPS:** Registro de información de prestación de servicios de salud
- PDA:** Proyecto de desarrollo de autonomía.
- SISVESO:** Subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral
- COP-D:** (C: cariado; O: obturado y P: perdido por caries).  
D: unidad de diente permanente).
- ceo-d:** (c: cariado; e: extracción indicada; o: obturado).  
d: unidad de diente temporal).
- ENSAB:** Estudios nacionales de salud bucal
- PDSP:** Plan decenal de salud pública.
- SISPRO:** Sistema Integral de Información de la Protección Social
- APS:** Atención Primaria en Salud
- ENT:** Enfermedades no transmisibles.
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud.



# Introducción

En la ciudad de Bogotá, en la academia, en la Secretaría Distrital de Salud, (SDS), en la Dirección de Salud Pública y área de análisis y políticas, se genera un movimiento basado en la problemática identificada en las poblaciones sobre las enfermedades orales. Estas enfermedades habían sido identificadas por tres estudios nacionales de salud bucal. El primero en 1965/1966, el segundo en 1977/1980 y el tercero en 1998. En la década del 70 se impulsa a diferentes países que deben existir programas que favorezcan la salud oral de las poblaciones.

En Bogotá hacia el año 2001, tanto la SDS, la academia, los gremios odontológicos, la industria privada que produce elementos para la higiene oral, propone que debe existir una política pública de salud oral. Se logra la construcción y formulación del primer documento, con la participación comunitaria y diferentes actores dando inicio a la generación de la política pública distrital que tuvo voluntad política, recursos económicos y talento humano calificado para el seguimiento de una la siguiente fase, que fue la implementación.

Hacia el año 2004, la primera política de salud oral se materializa, teniendo metas a cumplir hacia el año 2010. Por cambio de gobierno distrital se genera una segunda política que se lanza en el año 2011 conteniendo cuatro ejes a operar y que irá hacia el año 2021.

En este estudio se realiza un análisis de la segunda política pública de la salud oral, en el momento de su formulación (2010), momentos en los cuales se desarrollan los pasos de la formulación en el marco de lo que se conoce como ciclo de política pública y que comprende aspectos de: definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de la opción.

Se utilizarán como estrategias de investigación la revisión documental y la obtención de información mediante entrevistas semiestructuradas a informantes clave, quienes fueron seleccionados atendiendo a su condición de encargados del tema en las organizaciones que representan, conocimiento, experticia y disponibilidad. El objetivo de las entrevistas fue conocer el punto de vista de los informantes clave, respecto a la política de salud oral. La información se organizó teniendo en cuenta las categorías definidas como producto de la revisión documental y las entrevistas para proceder a la evaluación de la segunda política en la fase de formulación.

La presente investigación corresponde a un estudio de evaluación de política pública, teniendo como metodología de análisis el proceso de producción de políticas denominado ciclo de política. La unidad de análisis del estudio teniendo en cuenta el enfoque de ciclo de política es su fase de formulación. El objeto de estudio se aborda mediante la tipología de investigación cualitativa en la recuperación, captura y producción de la información, como en el análisis e interpretación de las entrevistas y la revisión documental.

Este estudio es una contribución para entender el proceso de formulación de la política pública de salud oral de Bogotá. Distrito Capital, sumado a que en Colombia y Bogotá, no existen estudios al respecto y es necesario conocer más sobre el origen de las decisiones públicas y posibilitar procesos de mejora continua.

Se espera que esta investigación sea el primer paso para continuar con el proceso de evaluación de las siguientes fases del ciclo de política, haciéndose necesario evaluar su impacto en el Distrito Capital.

Además, a partir de las reformas políticas realizadas a comienzos de la década de los 90 y con el proceso de descentralización promovido por el gobierno nacional se inició el desarrollo del análisis de políticas públicas; de esta manera se impulsó el interés del gobierno por utilizar la evaluación de política como una herramienta que permite visualizar los procesos estatales, propendiendo por la transparencia democrática y los resultados de mayor impacto para la sociedad.

Actualmente se le apuesta al análisis de políticas públicas demandadas por norma distrital y que deben ser cumplidas.



# 1. Problema de investigación

Los estados miembros de la organización mundial de la salud (OMS), de 1978, se comprometieron a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000- conocida como STP/2000, que consistía en realizar las acciones necesarias para que “Todos los pueblos del mundo, alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.<sup>1</sup> Por lo anterior la OMS, estableció por primera vez en 1979 una meta mundial de salud bucodental y cuatro metas más, estipuladas en el año 1981, propuestas por grupos de trabajo con la Federación Dental Internacional (FDI) y la OMS(1) (OMS-FDI, 1984), las cuales fueron consideradas como objetivos de salud bucodental para el año 2000.

Las metas se direccionan hacia el control de la caries dental y la presencia en boca del número mínimo de dientes para la población de 5 años a 65 años.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud buco-dental, se define como ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.(2). (Salud. O. M., 2007).

Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes -enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. (3). (Salud., 2007).

Las enfermedades bucales más prevalentes son la caries dental, la gingivitis y la periodontitis. La caries dental es una enfermedad infecciosa crónica transmisible que

---

<sup>1</sup> [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)

causa la destrucción localizada de los tejidos dentales duros. (4) (Montes, 2010). La gingivitis se caracteriza por una inflamación de la encía sin afectación del hueso que rodea al diente. La periodontitis se caracteriza por una destrucción del hueso que soporta al diente.

En cuanto a las cifras identificadas (6)(Salud. O. M., 2007), la caries dental se presenta en el 60%-90% de los escolares de todo el mundo y las enfermedades periodontales afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura

En Colombia, la identificación de la problemática de enfermedades orales, se comprobó con la realización de tres (4), encuestas o estudios de salud oral, llevadas a cabo, el primero en los años 1965-1966, el segundo en 1977-1980, el tercero en el año 1998. (7). (Malambo Martinez, 2001). Y la cuarta encuesta Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV, año 2014.

Han pasado 16 años (1998-2014) y no se determina con exactitud qué ha pasado con las actividades que fomentan la salud oral en Colombia. También se han realizado estudios como la encuesta nacional de calidad de vida de año 2010, donde se encuentran datos de la salud oral.

En la ciudad de Bogotá, se identifican patologías orales a través del Registro de información de prestación de servicios de salud, (RIPS), del Proyecto de desarrollo de autonomía, (PDA) y del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral. (SISVESO). (8) (Secretaria Distrital de Salud, 2008-2009)

En cuanto a las expectativas del direccionamiento de la Organización Mundial de la Salud,(OMS) para la prevención integrada de las enfermedades bucodentales, se dice que ésta debe ser un enfoque basado en los factores de riesgo comunes, para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas; los programas de fluoración y el apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública.

A su vez, proponen Metas de la Salud Oral para el año 2020 como son: minimizar el impacto de las enfermedades orales (caries dental) en el desarrollo psicosocial y de la

salud, haciendo énfasis en la promoción de la salud oral; minimizar el impacto de las manifestaciones orales y cráneo/ faciales de las enfermedades sistémicas a nivel del individuo y de la sociedad, y usar estas manifestaciones para diagnóstico temprano, prevención y manejo efectivo de las enfermedades sistémicas, teniendo como objetivos el reducir la morbilidad de enfermedades orales e incrementar la calidad de vida; promover políticas y programas en los sistemas de salud oral que sean sostenibles; desarrollar sistemas de salud oral accesibles costo-efectivos para la prevención y control de las enfermedades orales; integrar la promoción y el cuidado en salud oral con otros sectores que influyen en la salud, usando el manejo de factor de riesgo común; desarrollar programas de salud oral que empoderen a las personas en el control de determinantes de salud; fortalecer los sistemas y métodos de vigilancia en salud oral, tanto en sus procesos como en sus resultados; promover la responsabilidad social y ética entre aquellos que brindan cuidado; reducir las disparidades en salud oral entre grupos socioeconómicos; incrementar el número de proveedores de salud entrenados en vigilancia epidemiológica de enfermedades y desórdenes orales. En cuanto a focos de aplicación se direccionaran hacia el dolor; los desórdenes funcionales; las enfermedad infecciosa; la caries dental; fluorosis; enfermedad periodontal; servicios del cuidado de la salud; sistemas de información y cuidado de la salud.(9) (Martin Hobdell P. E., 2003)

Por lo anterior, la salud bucal continúa considerándose importante y se encuentra en las agendas políticas como un tema relevante y el tópico fue retomado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002, específicamente en la política de su Programa Mundial de Salud Bucodental, (10) (Federation, 2011), en el cual se enfatizó que la salud bucodental forma parte integral de la salud general y es un factor determinante de la calidad de vida. Más recientemente, la OMS aprobó una resolución en la que se exhorta a incorporar la salud bucodental en los programas de prevención de enfermedades crónicas.

En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud, identificó la problemática y tiene como uno de sus propósitos principales el control de las enfermedades orales, razón por la cual aportó en la elaboración de dos documentos el primero en el año 2004, y el segundo en el año 2011, que formulan políticas de salud oral y apuestan al mejoramiento de la salud oral de la población.

El primer documento formulado en el año 2004, tenía vigencia hasta el año 2010, no fue analizado desde la perspectiva del análisis de las políticas, sin embargo fue tenido en cuenta para la elaboración del segundo documento calificado como “Política de salud oral de Bogotá, D.C., con participación Social para el decenio 2011-2021”, que inicia su desarrollo a partir del 2011.

Para efectos del presente estudio, se realizará el análisis de la fase de formulación de política de salud oral, entendiendo que se daría cumplimiento a las normas distritales, normas internacionales y a conocer en profundidad la política que se desarrolla actualmente, así mismo se permitiría conocer el rumbo de las actividades que se realizan en las diferentes direcciones de la secretaría distrital de salud, que aportan al control de las enfermedades orales de la población bogotana.

## **2. Valoración de la investigación**

### **2.1 Propósito**

Contribuir a la comprensión de la *“Política de Salud Oral de Bogotá, D.C., con Participación Social para el decenio 2011-2021”*.

Brindar un aporte significativo al análisis de políticas públicas.

### **2.2 Objetivos**

#### **2.2.1 Objetivo General**

Analizar la fase de formulación de la *“Política de Salud Oral de Bogotá, D.C., con Participación Social para el decenio 2011-2021”*.

#### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar el momento en el cual se incorporó a la agenda de gobierno la problemática de salud oral en Bogotá.
- Analizar cómo se realizó la formulación de la política de salud oral de Bogotá.

### **2.3 Justificación**

Las políticas públicas deben permitir y dirigirse hacia la generación de las condiciones reales y materiales para el cumplimiento de las obligaciones del Estado y por ende el mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Decreto 689 de 2011. *Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales*. Bogotá D.C, Colombia.

Para entes internacionales, nacionales y distritales las políticas públicas, se constituyen en instrumentos de carácter político que contribuyen en la construcción de una sociedad justa y equitativa.

En Bogotá se han vivido procesos de formulación e implementación de políticas públicas, orientadas a la transformación de situaciones de inequidad y desigualdad de grupos específicos de población que exigen especial protección o a la definición de soluciones frente a temas de ciudad ligados con los derechos consagrados constitucionalmente.<sup>3</sup>

Cuando se hace referencia a políticas de salud es necesario reconocer que estas atienden aspectos de la sociedad relacionados al bienestar de la misma, de esta manera las políticas de salud se vinculan y son una parte de las políticas sociales.

Las políticas en salud buscan evitar que se deteriore el bienestar de la sociedad, dando respuesta a la necesidad sentida de la comunidad y por otro lado evidencia la importancia de involucrar a la sociedad en la formulación de las respuestas y las decisiones que conciernen a su bienestar.

Por lo tanto, el análisis de políticas públicas se convierte en una fortaleza en la medida en que se busca que éstas sean más coherentes con las necesidades y expectativas de la población, con la capacidad de respuesta institucional y con la evidencia social y científica disponible.

En el Distrito Capital, en este sentido, dentro de las políticas de salud, la política a analizar, es *“la política de salud oral de Bogotá, D.C, con participación social para el decenio 2011-2021”*, que ampliaría la visión para que la institución, la comunidad y los individuos, mejoren el estado de salud oral y la calidad de vida.

---

<sup>3</sup> Idem 2.

Si se continúa con un proceso de implementación y de resultados, sin haber evaluado los fundamentos de la formulación de la política, sería imposible identificar falencias que pueden ajustarse y reformularse.



## 3. Marco conceptual

### 3.1 salud oral

La expresión salud oral hace referencia al buen funcionamiento de la boca, especialmente de los dientes y los tejidos de sostén (encías y hueso). Lo anterior permite comer, hablar, reír, tener buen aspecto (Salud S. D., 2004). Los dientes y tejidos de sostén deben ser sanos de lo contrario, se pierde la salud oral, teniendo como consecuencia la pérdida de la salud general del individuo.

La buena salud oral es responsabilidad de los individuos, las comunidades y los gobiernos, aunque su importancia relativa varía. Por ejemplo, en algunos países europeos la fluorización del agua aún no se acepta en el ámbito público y por eso la responsabilidad de la prevención de caries depende de los individuos (13). (EUFIC, 2006) .En otros países se utiliza el flúor como medio masivo a través del agua,<sup>4</sup> la sal y las cremas dentales, sin embargo actualmente mediante estudios científicos la utilización de flúor de forma masiva, ha aumentado la fluorosis dental.<sup>5</sup> (Salazar, 2012) (14) Por otro lado, la actividad de los odontólogos juega un papel importante en el control de la salud oral, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la boca. Los gobiernos deben tener

---

<sup>4</sup> La fluoración del agua potable, referido a veces como fluorización del agua potable— consiste en la acción controlada de añadir un compuesto fluorado en el agua de abastecimiento público, con el fin de elevar sus niveles de flúor hasta una concentración óptima para prevenir la caries dental. Se considera la concentración óptima de flúor aquella que reduce los niveles de caries, sin que ello provoque una saturación en los tejidos expuestos (fluorosis dental).

<sup>5</sup> La literatura es profusa al hablar de los beneficios del flúor en cuanto a la reducción de la caries dental, por su aplicación tópica, pero con el aumento de la fluorosis dental se empiezan a advertir sus inconvenientes y los excesos en la dosis mínima permitida. Existe evidencia científica sobre los daños potenciales ocasionados por el exceso de flúor, suministrado simultáneamente por varias fuentes de fluoruros, como topicaciones, cremas dentales, fluoración del agua, de la sal, y otras fuentes.

programas o actividades de cumplimiento, incluyendo la educación sobre la importancia de la salud oral, impartidas en la comunidad donde todos los grupos de edad se beneficien.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud buco-dental, se define como ausencia de dolor oro facial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (Salud., 2007) Las dolencias bucodentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes -enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes- pues se ven favorecidas por las dietas malsanas, el tabaquismo y el consumo nocivo de alcohol. Otro factor de riesgo es una higiene bucodental deficiente. (Salud., 2007).

Las enfermedades más prevalentes de la cavidad oral son la caries dental, la gingivitis y la periodontitis.

La caries dental es uno de los problemas de salud más prevalentes de cuantos afectan a los seres humanos. Es una enfermedad que ha tenido retórica en cuanto a la importancia de la salud oral se realice, pero ha sido subvalorada, como problema de salud pública, quizás por no presentar mortalidad de forma directa. Las consecuencias de la caries dental en todas las poblaciones son de tipo funcional y estético que repercuten en la esfera emocional del paciente. Cuando un individuo presenta un cuadro de caries dental que conlleva a una infección oral, con sus correspondientes signos y síntomas asociados (tumefacción, fístula, dolor...), puede alterar la función a nivel sistémico presentando múltiples formas como la (celulitis de cualquier tipo, endocarditis bacteriana...), repercutiendo a veces sobre la vida del individuo, (ejemplo una angina de Ludwig o flemón séptico de Gensoul). Por tanto, diremos que esta enfermedad va a incidir sobre la vida del individuo y va a repercutir sobre la pérdida de salud general del individuo y las poblaciones.

La caries dental es una enfermedad infecciosa crónica transmisible que causa la destrucción localizada de los tejidos dentales duros por la acción de los ácidos de los depósitos microbianos adheridos a los dientes. La lesión de caries es un proceso de desmineralización cuya progresión llega a la formación de una cavidad irreversible.

Registramos caries cuando una lesión en un punto o fisura o una superficie lisa presenta reblandecimiento del suelo o las paredes o socavamiento del esmalte. (Montes, 2010)

La gingivitis es otra de las enfermedades más prevalentes identificadas. Se caracteriza por una inflamación de la encía sin afectación del hueso que rodea al diente. Se manifiesta como una encía enrojecida, edematosa, y que sangra fácilmente. La gingivitis es reversible mediante control de la placa bacteriana o biofilm a través del cepillado, uso de seda dental y uso de enjuagues. La gingivitis no tratada tiene como consecuencia la periodontitis.

La periodontitis se caracteriza por una destrucción del hueso que soporta al diente, y si la enfermedad no es tratada, se pierden los dientes. Clínicamente se manifiesta como una encía inflamada con presencia de bolsas periodontales (espacios que se forman debajo de la encía) que se valoran con una pequeña sonda que mide la distancia entre la encía y el hueso, movilidad o exposición de la raíz dental.

Hay condiciones que favorecen la enfermedad periodontal, como la genética (hay personas especialmente susceptibles a padecer periodontitis), el fumar, el estrés, el embarazo, la pubertad y la menopausia. El consumo de fármacos (anticonceptivos orales, antidepresivos). El bruxismo o (apretar fuertemente los dientes); la diabetes, la malnutrición y otras enfermedades sistémicas.

Los síntomas de la periodontitis se observan en: encías sangrantes cuando la persona se cepilla los dientes, o a veces de manera espontánea, enrojecimiento de las encías, encías separadas del diente, aparición de abscesos, con supuración entre los dientes y las encías, halitosis (mal aliento), movilidad en los dientes, sensación de dientes más largos, aumento de la sensación dentaria al frío.

En cuanto a las cifras identificadas (Salud. O. M., 2007), de caries dental y enfermedad periodontal se tiene que el 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental y que las enfermedades periodontales afectan a un 5%-20% de los adultos de edad madura; la incidencia varía según la región geográfica. La periodontitis es muy rara en jóvenes y adolescentes, un caso entre 10.000. Sin embargo su frecuencia aumenta con la edad (10% entre 30 y 40 años; 25-30% entre 50-60 años). (Pardiñas, 2010).

Existe otra patología que es la incidencia de cáncer bucodental que se encuentra entre 1 y 10 casos por 100.000 habitantes en algunos países. Los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido, se dan en 1 de cada 500-700 nacimientos; la prevalencia de nacimiento varía sustancialmente entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.

Colombia ha llevado a cabo cuatro encuestas o estudios nacionales de salud oral, los cuales muestran resultados de la morbilidad y atención. Estos estudios se llevaron a cabo el primero en los años 1965-1966, el segundo en 1977-1980, el tercero en el año 1998 y el cuarto en el 2014.

En el primer estudio, la prevalencia de caries fue de 95,5%, y el índice COPD- fue de 15, clasificado como muy alto. Para la población de 12 años, considerada la edad de comparativo internacional, en el índice COPD- el valor fue de 7.1. En cuanto a la enfermedad periodontal el 89% de la población general presentaba esta patología.

En el segundo estudio, la prevalencia de caries fue de 96,7%, el índice COPD fue de 13 y para la edad de 12 años el índice fue de 4.8. En cuanto a la enfermedad periodontal el 95% de la población la presentaba.

Para el tercer estudio nacional de salud bucal. ENSAB III, se identificaron las representaciones, conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral y la morbilidad bucal.

En cuanto a las representaciones sociales en salud bucal, en la población de 12 a 69 años, a la pregunta “que es tener una boca sana”, el 64,9%, la definió como no tener caries dental; el 41,6% tener los dientes blancos y parejos; el 26,8% tener los dientes completos; el 24,5% no tener mal aliento; 11% no tener placa bacteriana ni cálculos; el 10,9% no tener dolor y el 3,4% no tener sangrado en las encías. El 88% de la población atribuyó que la caries se produce por el mal cepillado o no cepillado y por consumo de dulces en un 21,7%.

En cuanto a las prácticas de salud bucal, a la pregunta de “quien le enseñó a cuidarse la boca”, el 71% respondió que los padres; el 23% los maestros; el 16% los odontólogos y

que el 2,3% radio y la televisión. El 19% tenía la percepción que nadie, nunca le enseñó a cuidarse la boca.

En cuanto a la parte de morbilidad bucal, para el país, la prevalencia de caries fue de 65,3% y el índice de COP-D de 10. En los niños de 12 años el COP-D, fue de 2,3 y el de Bogotá de 3,1.

La enfermedad periodontal en el III estudio se midió con el índice de ESI, el cual determina la extensión y severidad de la enfermedad periodontal. La extensión mide el porcentaje de sitios que tienen la enfermedad, clasificándose en generalizada y localizada y la severidad en la pérdida de inserción, leve, moderada y severa. En la población general fue de 50,2%.

Para el cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal, ENSAB IV (Colombia, 2014) se realizó entre 20.534 colombianos (80 % ubicados en centros urbanos y el 20% en zonas rurales), se evaluó y valoró la salud bucal en los 32 departamentos del país. Para el estudio se tuvo en cuenta la población de niños de 1 y 3 años que en los anteriores estudios no se había valorado. El estudio contó con análisis cualitativos.

Los eventos estudiados fueron: caries, enfermedad periodontal, fluorosis, algunas lesiones en tejidos bucales (pre-malignos y ocasionados por prótesis), ausencia dental (edentulismo) presencia de prótesis, alteraciones oclusales, (opacidades, erosiones y trauma) que hacen necesario mejorar la calidad, especialmente en la oportunidad y resolutivez, en los niveles básicos de atención.

Según el ENSAB III, (año 1998), el COP- (cariado, obturado, perdido) a la edad de 12 años fue de 2.3 y en el ENSAB IV (año 2014), el resultado del COP fue de 1.5

La prevalencia de caries fue del 57% en el 1998, se redujo a 37% en la población de 12 años en 2014. Esa misma tendencia se observó en el rango de edad de 20 a 34 años que redujo la presencia de 74% a 53%, respectivamente. En adultos mayores, la caries también se redujo aunque en un margen menor, al pasar de 49% a 43% de afectados. Estos resultados permitirán medir los avances de las metas establecidas en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. (Colombia, 2014)

En cuanto a las enfermedades periodontales en todas las edades se incrementaron las lesiones periodontales, pasando de 50% a 73%.

Frente a la fluorosis, es decir las lesiones ocasionadas por el uso inadecuado de elementos que contienen flúor, se presenta en mayor grado en las zonas rurales especialmente por el uso de aguas no tratadas, sin que se pierda de vista que debe promoverse el uso controlado y responsable de otros vehículos con este producto, como cremas dentales, sal de consumo y elementos de uso odontológico.

El índice comunitario de fluorosis de Dean es de 0,8 para la población colombiana, el cual se encuentra dentro del nivel leve (comprendido entre 0,6 y 1,0), pero se considera como un signo de alerta. Sin embargo, la región pacífica es la que mayor prevalencia tiene con registros Dean de 1,1. Para los niños de 12 años, el índice es de 0,90 y para los menores de 15 años se sitúa en 0,84.

Los colombianos inician de manera temprana la pérdida parcial y total de dientes conocida como edentulismo. Desde los 15 años ya hay jóvenes con pérdidas de dientes, que se incrementan de manera importante a los 20 años pero la tendencia se hace más notoria desde los 35 hasta los 79 años.

En cuanto a la presencia de prótesis dental, el estudio arrojó que tiene mayor uso entre las mujeres 37% que en los hombres 26%. La edad en que se incrementa esta situación es a los 34 años. El 60% de las personas que tienen prótesis presentan estomatitis, es decir la inflamación de las encías y tejidos que soportan la prótesis, debido a la irritación producida por las prótesis como consecuencia de la falta de cuidados de las prótesis y de la higiene bucal. (Colombia, 2014)

Se tiene como fuente de información los Registros de Información de prestación de Servicios de Salud –RIPS- y la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector analiza la información generada en las Empresas Sociales del Estado. ESE.

Existe otra fuente de información, denominada subsistema de vigilancia epidemiológica de salud oral –SISVESO, que maneja la estrategia de vigilancia centinela que capta pacientes que asisten por primera vez al servicio de odontología, donde se identifican seis (6)

enfermedades o eventos de notificación obligatoria al Siviigila Distrital: a.- la gingivitis (inflamación de encías, causada por la presencia de placa bacteriana); b.- la periodontitis (pérdida de inserción de tejidos de soporte); c.- caries cavitacional irreversible; d.- lesión mancha blanca y e.-lesión mancha café (estados incipientes y reversibles de la caries), y f.- la fluorosis dental. Además 3 alertas epidemiológicas: alerta por sangrado gingival, alerta por componente cariado (presencia de 3 o más dientes con caries cavitacional) y alerta por componente perdido por caries (presencia de 3 o más dientes perdidos por caries en una persona).

Los eventos y las alertas identificadas permiten en conjunto saber que el paciente está enfermo y que debe ser intervenido de forma rápida o de lo contrario el deterioro en su condición oral se verá afectado, teniendo como consecuencia secuelas que redundarán en la salud general del individuo.

El plan de análisis de los datos generados en el SISVESO, se direccionan hacia las etapas de ciclo vital: Infancia, juventud, adultez y persona mayor. En el análisis del 2013, se tuvieron en cuenta los 6 eventos de notificación obligatoria y las variables que capta el subsistema como son: atención odontológica en el año inmediatamente anterior, la frecuencia de cepillado diario, el uso enjuague y seda dental y los regímenes de aseguramiento entre otros.

Según datos tomados del SISVESO, para el periodo anual 2013 (Pública, 2013), en la estrategia de vigilancia centinela, se registraron en las 20 localidades del distrito capital, 29.011 personas. De los cuatro ciclos vitales, (Infancia, juventud, adultez y persona mayor), el comportamiento fue el siguiente:

#### **Ciclo vital –infancia:**

Se captaron 9.423 personas correspondientes al 32%. La variable de atención odontológica en el año inmediatamente anterior identificó que el 43.4% no asistió a consulta odontológica. Según eventos de notificación obligatoria la caries dental cavitacional se identificó en el 53.4% de las personas, la gingivitis en el 49%, la lesión mancha blanca en el 19% y la café y la fluorosis en un 15.6% respectivamente. El subsistema identifica que en este ciclo vital infancia el 58.7% se cepilla los dientes 2 veces al día, y no se usa la seda dental en la edad de uso propio en un 85.5%.

**Ciclo vital- Adolescencia-:**

Se captaron 4322 personas, correspondiendo al 14.9%. El 44% no asistió a consulta odontológica el año inmediatamente anterior. Según eventos de notificación obligatoria la caries dental cavitacional se identificó en el 59% de los adolescentes, la gingivitis en el 74%, la lesión mancha blanca en el 25%, la café en el 18% y la fluorosis en un 12.8%.

**Ciclo vital- Juventud –**

Se captaron 7034 personas, correspondiendo al 24.2%. El 47% no asistió a consulta odontológica el año inmediatamente anterior. El 58% se cepilló los dientes 2 veces al día e identificándose que el estado de higiene oral es deficiente en el 71% de los jóvenes identificados. Según eventos de notificación obligatoria la caries dental cavitacional se presenta en el 66%, la gingivitis en el 79.7%, la lesión mancha blanca en el 28%, la café en el 17% y la fluorosis en un 8%. En este ciclo vital se identificaron 1363 gestantes de las cuales el 61% asistió al odontólogo en el primer trimestre de embarazo.

**Ciclo vital - Adultez –**

Se captaron 7389 personas en edades entre 27 a 59 años, correspondiendo al 25.5%. El 46.7% no asistió a consulta odontológica el año inmediatamente anterior. El 59% se cepilló los dientes 2 veces al día y no usa la seda dental en un 61.8%, el estado de higiene oral es deficiente en el 76.2% de las personas identificadas. Según eventos de notificación obligatoria la caries dental cavitacional se presenta en el 72% de las personas, la gingivitis en el 86.5%, la lesión mancha blanca en el 10%, la café en el 27% y la fluorosis en un 1.4%. En este ciclo vital se identificaron 487 gestantes de las cuales el 67.7% asistió al odontólogo en el primer trimestre de embarazo.

**Ciclo vital- Persona mayor –**

Se captaron 843 personas en edades de 60 y más años, correspondiendo al 2.9%. El 46.7% no asistió a consulta odontológica el año inmediatamente anterior. El 55% se cepilló los dientes 2 veces al día y no usa la seda dental en un 67% el estado de higiene oral es deficiente en el 78% de las personas identificadas. Según eventos de notificación obligatoria la caries dental cavitacional se presenta en el 73% de las personas, la gingivitis en el 87%, la lesión mancha blanca en el 5%, la café en el 21% y la fluorosis no se presentó en este grupo de edad.

Otra fuente de información es el proyecto denominado, *Proyecto de desarrollo de autonomía –PDA-* donde se captan niños(as) en el ámbito escolar (colegios y jardines infantiles). En el ámbito escolar, se identifican prácticas de salud oral, necesidad de atención por consulta odontológica, razones por las que no se accede al servicio y el aseguramiento.

Durante el año 2011, en el PDA, en el ámbito escolar, se identificaron: 112,994 niños(as) participantes de los cuales el 85,16% mejoró sus prácticas de salud oral. Al hacer el seguimiento a 49.647 niños que iniciando el periodo escolar presentaron alta necesidad de atención por consulta odontológica, 14.987 accedieron al servicio, permitiéndose que el 30% supliera la necesidad de atención odontológica.

Se indagaron las razones por las que no se accede al servicio, de los cuales se identificaron, las barreras de acceso, el factor tiempo, el problema de afiliación y el factor económico.

Con respecto al aseguramiento de 86.823 participantes, se identificó que el 60% pertenece al contributivo (51.821), el 26% al subsidiados (22.546), el 12% a pobres no asegurados (10.633) y en régimen especial al 2% (1783 escolares).

En el ámbito familiar se contó con la participación de 14.559 familias (43.677 individuos aprox.) de las cuales el 80% mejoró las prácticas en salud oral. El porcentaje de mejores prácticas en este ámbito refleja que en una o más de las siguientes variables la familia se ha fortalecido en lo cotidiano: ha sido informada y con ella se ha construido un plan familiar el cual ha tenido seguimiento y ha mostrado adherencia; los espacios físicos y de tiempo se han adecuado para unas mejores técnicas de higiene oral y por lo menos uno de los integrantes ha accedido al servicio.

Los resultados anteriores soportan los hallazgos de los referentes de salud oral de las diferentes localidades donde evidencian que la población infantil presenta un alto consumo de carbohidratos refinados en todos los espacios de vida cotidiana, sumado a los hábitos inadecuados de higiene oral, en relación a la frecuencia y técnica, así como también al escaso acompañamiento de los padres, educadores y cuidadores de los

niños, no existe apropiación del concepto de salud oral ni de sus componentes: biológico, estético, funcional, social y emocional. Se evidencia adicionalmente baja adherencia a la lactancia materna y una elevada utilización del biberón, lo cual potencializa el inicio de la caries de infancia temprana.

Adicionalmente los padres y cuidadores asocian la aparición de los signos y síntomas característicos de la caries de infancia temprana al consumo de antibióticos en la primera infancia o a que la madre tomó medicamentos durante la etapa de gestación. De igual forma se evidencia la no apropiación de conceptos de salud oral en la población gestante, por lo cual se han reforzado las medidas y estrategias educativas a través de los diferentes ámbitos.

En la mayoría de los territorios se observa con preocupación el aumento de la morbilidad oral en la etapa juventud relacionados con lesiones cariosas activas, raíces dentales retenidas, pulpitis irreversible que hacen que la puerta de entrada a los servicios de odontología sean a través de urgencias, es el grupo que mayor dificultad posee para acceder al servicio en forma comprometida debido a sus condiciones psicosociales (Periodo evolutivo de transición, búsqueda de modelos de identidad, construcción de proyectos de vida sin la orientación suficiente y dependencia económica), entre otros. Se evidencia un alto grado de deserción escolar, no se cuenta con el dato numérico, sin embargo, gracias a los registros de la caracterización de la población en el ámbito comunitario el nivel de escolaridad en la población general no es mayor a octavo grado. El ingreso al sistema laboral a temprana edad, la maternidad – paternidad precoz y la escasez económica para mejorar sus condiciones y calidad de vida, no permiten dar prioridad e importancia a la salud oral, así como tampoco, incluirla en su proyecto de vida. El temor, la ansiedad, la escasez económica y la ausencia de acudiente en el hogar, se convierten en una barrera de acceso para los jóvenes al servicio odontológico, teniendo en cuenta que la presencia de acudiente mayor de edad se hace necesaria e indispensable para la firma de consentimientos informados en pacientes adolescentes.

Condiciones relacionadas con la inestabilidad laboral (Empleo temporal, empleo informal, remuneración insuficiente o sujeta a horas laboradas no permiten que el joven acceda de manera continua a los servicios de salud, convirtiéndose en una barrera adicional que en ocasiones afecta el núcleo familiar. Se observa dificultad en la interiorización del conocimiento por parte de los jóvenes, debido a la ausencia aparente de búsqueda de

estrategias comunicativas tanto de los servicios de salud oral como del PDA y de la misma comunidad, relacionada con la educación en salud oral, la cual, no se limita a los dientes y a las estructuras de sostén, incluye, el sistema estomatognático, el cual se altera ante la presencia de factores relacionados con la adaptación de Piercing, tatuajes, consumo de sustancias psicoactivas, tabaquismo, alcoholismo, prácticas de riesgo (ej. deportes extremos) que incrementan el riesgo de traumas dento alveolares, entre otras.

Cabe mencionar en este punto, la importancia del proceso de socialización en el joven, donde el componente estético, juega un papel fundamental en su salud oral. Se evidencia el ingreso al servicio de odontología especializada de las UPAS en un leve porcentaje de la población. Sin embargo, por tratarse de un servicio no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud, su acceso no es viable para todos los usuarios, a pesar de contar con tarifas sociales y facilidades de pago. Se recomienda hacer énfasis desde las etapas iniciales de la infancia en el control de hábitos nocivos para el normal desarrollo y funcionamiento del sistema oro facial y estomatognático: Abandono del hábito de biberón, control de onicofagia, empuje lingual, succión digital, entre otros, con el fin de disminuir las alteraciones en la posición dental y en la oclusión del paciente.

La representación social de salud oral en el adulto, se caracteriza por la ausencia de sentido de pertenencia respecto al auto cuidado, se presenta un descenso significativo de acceso al servicio de salud oral, además de factores de riesgo y hábitos relacionados con inadecuada higiene oral, tabaquismo y alcoholismo, los cuales repercuten en un mayor detrimento de la salud oral.

Por otra parte, la salud oral no representa una prioridad en su proyecto de vida ni en el de sus hijos, debido a la presencia de necesidades sentidas referidas por la población; relacionadas con la alimentación, manutención, recreación entre otros, lo cual limita y no favorece el ejemplo de las prácticas saludables de auto cuidado, incluidas las prácticas de higiene y salud oral. Según referencia de los usuarios a edades tempranas han tenido contacto con temas relacionados con salud oral sin embargo se evidencia escasa o nula interiorización y empoderamiento. Lo anterior sugiere posibles fallas en el sistema educativo y en la metodología de transmisión del conocimiento por parte de profesionales y técnicos de todas las áreas del saber, desconocimiento de la importancia de los controles odontológicos periódicos en ausencia de síntomas y factores relacionados con

escasez económica y de tiempo, no les permite acceder de manera oportuna y eficaz al servicio.

La mayor parte de la población presenta secuelas visibles del deterioro en la cavidad oral y sistema estomatognático la cual inicia desde etapas de ciclo vital anteriores y que determinan su condición de salud oral actual; como pérdida de los dientes, irritantes locales, complicaciones en la deglución, fonación y estética. Lo cual en ocasiones repercute en la limitación de acceso al área laboral a partir de edades más tempranas, afectando su bienestar, su calidad de vida y la de su familia.

Las personas mayores presentan una mayor pérdida de dientes respecto a las etapas de ciclo infancia, juventud adulto; situación que no consideran relevante pues culturalmente esta pérdida es acorde al proceso de envejecimiento, razón por la cual las acciones de promoción que se desarrollan en los ámbitos no son interiorizadas ni apropiadas ya que ellos en su mayoría demanda servicios resolutivos. Se evidencia un alto grado de analfabetismo y dificultad en la transmisión del conocimiento situación que dificulta que la información impartida y por ende la implementación de prácticas de higiene oral sea transmitida a los menores, ya que en su mayoría son abuelos cuidadores. La población accede al servicio en casos excepcionales, relacionados con la consulta de urgencias, sin considerar prioritaria la consulta resolutiva y mucho menos, la preventiva.

Es importante dentro de la situación de salud oral hacer explícitas las barreras de diferentes tipos tales como: las de tipo económico/geográfico (definidas como primer nivel de las barreras) y que serían comunes al acceso a todos los servicios de salud en el distrito en el marco del SGSSS las cuales se presentan de manera diferenciada según las características del grupo humano y su condición socioeconómica.

Así mismo existen barreras referidas a las relaciones que en lo subjetivo se producen en el contacto con la atención en salud oral que hace relación principalmente a la percepción mínima de riesgo que no promueve el desarrollo de acciones preventivas intencionadas; por consiguiente la prioridad otorgada al cuidado y atención de los daños en salud oral no se ubica en lugares preferenciales, que sumado a la escasa posibilidad económica de las personas, la relega a posibilidades remotas que no encuentran a lo largo de la vida satisfacer su necesidad , también el temor asociado a la atención oral

generado como parte de las experiencias anteriores de dolor y trauma en la consulta ha encontrado un referente continuo refrendado como parte de modalidades de atención que predominan.

Así mismo, se identifican barreras desde la disposición y características de los servicios, barreras a las que denominamos administrativas que hacen referencia a los procesos que anteceden la atención, como la oportunidad de las citas, la calidad de la recepción e información dispuesta por el servicio y los tiempos de espera en el mismo y a otros como la atención diferencial (tiempos, duración del tratamiento, interacción) según la modalidad de contratación que se tenga, por ejemplo el Fondo Financiero Distrital, en este momento paga por tratamiento terminado para la población pobre no asegurada, a diferencia de lo que ocurre en el régimen subsidiado en donde el pago de la atención está incluido en la cápita contratada, de ahí que el profesional procede de forma diferente de acuerdo a la exigencia de cumplimiento de metas definidas según la contratación.

De igual forma, se ubican barreras de acceso desde la percepción y satisfacción en el servicio, en donde juegan nuevamente los antecedentes previos y la interacción lograda con el paciente. Esto va de la mano del saber acerca de la salud que tiene la población, hoy la gente sabe más y posee mayor información sobre los asuntos de la salud y la enfermedad, sin embargo este saber no resulta de una comprensión de los procesos que están implicados en el desarrollo de las enfermedades orales, por lo tanto es un saber que no adquiere sentido para el sujeto, en tanto este sabe que existe una técnica que es necesaria para el mantenimiento de la salud oral, pero de la cual no puede dar cuenta de sus implicaciones y los porqué de la misma.

De acuerdo a la información disponible desde la dirección de Desarrollo de Servicios a diciembre 2009 en cuanto a la distribución de la oferta, la ciudad contaba con 2.060 instituciones habilitadas que reportaban como uno de sus servicios la atención en salud oral. Las IPS se concentran en el 60% en la zona norte de la ciudad. Los servicios de endodoncia, ortodoncia y periodoncia también se concentran en el norte de la ciudad. 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 y 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.

Oferta prestadores de servicios de salud habilitados en Bogotá DC.

En el marco del proceso de habilitación de prestadores de servicios de salud oral que adelanta la Secretaría Distrital de Salud, a diciembre 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 Sumapaz solo cuenta con servicios prestados por la Red Pública.

Se denota 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.

Similar situación ocurre con la distribución de profesionales independientes, siguiendo la misma fuente, el 70% de la oferta disponible de los profesionales independientes que habilitaron su consultorio se concentra en la zona norte de la ciudad, seguido de la zona

sur occidental que concentra el 15% de los consultorios, la zona centro oriente alberga el 7.5% de los profesionales y la zona sur el 7.1%.

La operación del proyecto de desarrollo de la autonomía en salud oral, avanza a través de los procesos integrales del plan de intervenciones colectivas (PIC 2012), la Gestión Integral de la Salud Pública en los territorios, la planificación de territorios y las respuestas a las necesidades, con los subprocesos de acceso equitativo a la ofertas sectoriales y de los otros sectores, las acciones promocionales y preventivas las acciones de movilización y participación social, en espacios de vida cotidiana de los sujetos que permitan un abordaje integral de las necesidades de los ciudadanos/as y las acciones de vigilancia en salud pública a través del SISVESO.

### **3.2 Convenios Internacionales- Nacionales y distritales**

Contextualizando en la historia, los estados miembros de la organización mundial de la salud (OMS), en el año 1978, se comprometieron a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000- conocida como STP/2000, que consistía en realizar las acciones necesarias para que “Todos los pueblos del mundo, alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

Por lo anterior la OMS, estableció por primera vez en 1979 una meta mundial de salud bucodental, y cuatro metas más, estipuladas en el año 1981, propuestas por grupos de trabajo con la Federación Dental Internacional (FDI) y la OMS (OMS-FDI, 1984), las cuales fueron consideradas como objetivos de salud bucodental para el año 2000.

Las cinco metas mundiales fueron. Véase tabla 1

**Tabla 1.** Metas de salud bucodental a cumplir en el año 2000

EDAD	META
5-6 años	El 50% de los dientes debe estar libre de caries.
12 años	El valor del índice COP-D debe ser 3 o menor de 3
18 años	El 85 % de las personas debe conservar todos los dientes.
35 - 44 años	El 75 % de las personas debe tener 20 dientes.
65 años y más.	El 50 % de las personas debe tener 20 dientes.

**Fuente: Metas a alcanzar para el año 2000 - SPT-2000.**

En el informe 713 de 1983, del comité de expertos de la OMS, expone conclusiones y recomendaciones entre los cuales aducen que la prevalencia de las enfermedades bucodentales, en particular de la caries, se está modificando notablemente en el mundo. La prevalencia de la caries ha disminuido en regiones donde era tradicionalmente elevada, mientras que en países en desarrollo, está aumentando. Aun no se han determinado las razones de estos cambios. El criterio tradicional es tratar la enfermedad y por consiguiente se hace hincapié en los servicios profesionales, sin embargo las futuras estrategias de prevención dependen de políticas gubernamentales y las medidas de salud pública, sumadas a esfuerzos individuales. (15) (Organización , 1984)

Para el año 2003, en la declaración Conjunta de la FDI - OMS – IADR, respecto a los objetivos globales para la salud bucodental se reporta que los primeros objetivos propuestos, los que deberían haberse logrado al llegar al año 2000, identificaron que habían sido útiles y que en muchas poblaciones habían sido alcanzados o excedidos pero que para una gran parte de la población mundial aún siguen siendo sólo una aspiración lejana.

La oficina central de la OMS y sus Oficinas Regionales, iniciaron la tarea de formular nuevos objetivos para el año 2020, para ello se nombró un grupo de trabajo que incluyó a miembros de la FDI, de la OMS, quienes fueron escogidos de diferentes partes del mundo, siendo éste grupo quienes han preparado los nuevos objetivos para el año 2020. Estos fueron sometidos a la consideración de las Asociaciones Dentales Nacionales, de los Centros de Colaboración en Salud Oral de la OMS y de otros individuos y grupos interesados.

Habiéndose examinado los Objetivos Globales para el año 2000: el uso que se les había dado y el éxito en lograrlos, se determinó que los nuevos objetivos deberían reflejar las aspiraciones generales de la profesión dental para la salud oral mundial y que el éxito de su utilización dependería de que los detalles de los objetivos fijados reflejasen las prioridades de salud oral a nivel nacional o local.

Se examinaron los objetivos de salud oral de diferentes países para determinar el formato más apropiado para las nuevas metas mundiales. El formato adoptado permite la inclusión tanto de las Metas como de los Objetivos Globales pero también estimula la fijación a nivel local de objetivos nacionales y locales.

Es necesario un seguimiento a largo plazo del uso y la utilidad de las nuevas metas y registrar también la frecuencia con que se logran de manera satisfactoria estas metas.

Las metas globales, nacionales y locales pueden constituir una ayuda invaluable para la modulación y promulgación de las políticas sanitarias a todo nivel al planificar y evaluar los programas y servicios de salud oral. Cuando se las logra, ellas dan una medida del mejoramiento de la salud oral y de la calidad de la profesión a cargo de la salud bucodental.

### **3.2.1 Metas, Objetivos y Blancos Globales de Salud Oral para el año 2020**

Promover la salud bucodental y minimizar el impacto de las enfermedades de origen bucodental y cráneo/ facial sobre la salud general y sobre el desarrollo psicosocial, dando un mayor énfasis a las poblaciones que se ven más afectadas por esas condiciones y enfermedades.

Minimizar el impacto de las manifestaciones orales y cráneo/ faciales de las enfermedades generales sobre los individuos y la sociedad y usar estas manifestaciones para el diagnóstico precoz, la prevención y el manejo eficaz de las enfermedades sistémicas.

#### **Objetivos**

- Reducir la mortalidad por enfermedades bucodentales y cráneo faciales.
- Reducir la morbilidad de las enfermedades bucodentales y cráneo faciales

aumentando de este modo la calidad de vida.

- Fomentar en los sistemas de salud oral, las políticas y programas sostenibles, de acuerdo a las prioridades, las que deberán provenir de revisiones sistemáticas de las mejores prácticas (i.e. las políticas deben estar basadas en la evidencia científica).
- Desarrollar sistemas de salud oral accesibles y costo-eficaces para la prevención y el control de las enfermedades bucodentales y cráneo faciales usando el método del factor de riesgo común.
- Integrar la promoción y la atención de la salud oral con otros sectores que influyen en la salud.
- Desarrollar programas de salud oral para mejorar la salud general.
- Reforzar los sistemas y los métodos de vigilancia de la salud oral, tanto en lo que se refiere al proceso como al resultado de estos.
- Promover la responsabilidad social y una práctica profesional ética entre los encargados de la entrega de atención.
- Reducir las disparidades de salud oral entre los diferentes grupos socioeconómicos de cada país y las desigualdades en la salud oral de todos los países.
- Aumentar el número de proveedores de atención sanitaria capacitados en la vigilancia epidemiológica exacta de las enfermedades y trastornos orales.

En cuanto a los focos de aplicación, deben direccionarse a

A.- Dolor:

- Reducción de % de dolor a nivel oral
- Reducción de % en el número de días ausente del colegio resultante de dolor
- Reducción de % en el número de personas afectadas por limitaciones funcionales (dolor, dientes perdidos, dientes con anomalías)
- Reducción de % en la prevalencia del impacto social en actividades diarias, resultantes de dolor, limitaciones y estética.

B.- Desórdenes funcionales.

C. Enfermedades infecciosas

**D. Caries dental:**

- Incrementar la proporción de niños libres de caries a los 6 años en %.

**E. Defectos del desarrollo del esmalte:**

- Reducir la prevalencia de fluorosis en % por uso inapropiado de crema dental.

**F. Enfermedades periodontales**

- Aumentar la proporción de personas con periodonto sano en %.

**G. Servicios de cuidado en salud:**

- Establecer planes basados en la evidencia para crear recursos humanos que puedan proveer cuidado apropiado para los perfiles cultural, social, económico y de morbilidad de todos los grupos en las poblaciones.
- Incrementar la proporción de la población con acceso a adecuado cuidado en salud oral en %.

**H. Sistemas de información del cuidado de la salud:**

- Aumentar la proporción de la población cubierta por sistemas de información satisfactorios en %.

**Blancos**

Los objetivos deben seleccionarse de manera que se ajusten a las prioridades de salud oral determinadas de antemano tanto a nivel nacional como local. Al seleccionar los objetivos deberán considerarse las siguientes áreas, basándose en las prioridades locales:

Dolor, alteraciones funcionales, enfermedades infecciosas, cáncer oro faríngeo, manifestaciones bucodentales de la infección por VIH, noma, trauma, anomalías cráneo faciales, caries dental, anomalías de desarrollo de los dientes, enfermedad periodontal, enfermedades de la mucosa oral, alteraciones de las glándulas salivales, pérdida de dientes, servicios de atención sanitaria y sistemas de información para la atención sanitaria.(16) (Martin Hobdell N. J., 2003)

En el año 2011, en la asamblea general de la FDI en la ciudad de México, se encomendó al equipo especial visión 2020 que identificara los principales retos y oportunidades que la salud bucodental y los profesionales de la odontología enfrentan, haciendo hincapié en los temas que tienen una dimensión legislativa, regulatoria o de incidencia política, siendo los resultados los siguientes:

A 2020 se aspira a reducir sustancialmente las desigualdades en el acceso a la atención odontológica y a cubrir más ampliamente las necesidades y la demanda mundial de atención bucodental, gracias a una mayor alfabetización informacional de la población en esa área, al desarrollo de una planificación racional de los recursos humanos y de estrategias de formación, entrenamiento, así como a una mayor colaboración entre los miembros del equipo sanitario en temas relativos a la promoción de la salud bucodental, la prevención y el tratamiento de enfermedades.

A 2020 se aspira a que la salud bucodental goce de pleno reconocimiento y aceptación como un componente fundamental de la salud y el bienestar general. La credibilidad y relevancia de la profesión odontológica saldrá fortalecida gracias a la significativa contribución a la resolución de los grandes problemas sanitarios, como las enfermedades no transmisibles (ENT), el liderazgo en materia de estrategias de prevención y promoción y la capacidad de guiar y supervisar equipos de profesionales sanitarios que trabajen juntos en pro de la mejora de la salud bucodental y, con ello, la salud general, de las comunidades a semejanza de la cavidad oral, que es la puerta de entrada visible al cuerpo humano y como visión concibiendo a la profesión odontológica como la puerta de entrada universalmente reconocida y valorada hacia una mejor salud gracias a la mejora de la salud bucodental.

A 2020 se aspira a que los jóvenes estudiantes de odontología cursen planes de estudio dinámicos, modulares y pertinentes, cuyo contenido incluya los conocimientos y tecnologías más recientes que se pueden utilizar para brindar una atención bucodental óptima y además, proporcionarles las herramientas para desarrollar un pensamiento crítico y una capacidad de análisis, que serán los pilares de una carrera basada en el aprendizaje a lo largo de toda la vida y el desarrollo profesional continuo. Asimismo, considerar que el énfasis en la salud pública y la formación trans profesional facilitarán notablemente la colaboración con los profesionales médicos y por ende, fortalecerán el

reconocimiento de la profesión. Del mismo modo, el asumir la responsabilidad de la educación bucodental de los trabajadores sanitarios promoverá a la profesión a una posición de liderazgo natural, que resaltará adecuadamente la relevancia.

A 2020 se aspira a que la colaboración y cooperación entre el sector público y el sector privado haya conducido en la inclusión de la Salud Bucodental en las Políticas y a que existan nuevos modelos de atención bucodental basados en la evidencia para garantizar una remuneración equitativa y apropiada a cambio de cuidados odontológicos que produzcan resultados sanitarios cuantificables, desplazando así el acento de un modelo de remuneración basado en los procedimientos preliminares a modelos que alienten un enfoque holístico de la atención bucodental y concedan idéntica importancia a la promoción, la prevención y el tratamiento.

A 2020 se aspira a lograr grandes avances en la salud bucodental y una marcada reducción de las desigualdades por medio de estrategias basadas en la investigación y orientadas hacia una prevención más eficaz de la morbilidad, potenciadas mediante la integración de la salud bucodental en la salud general. La credibilidad de la profesión saldrá fortalecida gracias a una agenda de investigación sólida, equilibrada y con visión de futuro, que abarque amplias prioridades comunes. Se cree que el desplegar esfuerzos sostenidos en materia de educación y comunicación ayudará a mejorar considerablemente la rápida y eficaz traducción de los hallazgos de la investigación a la práctica clínica diaria. El uso de las tecnologías más recientes en el ámbito de la salud, más específicamente las tecnologías móviles, fomentará un enfoque más colaborativo de la atención bucodental, así como un mejor acceso a conocimientos especializados por parte de todos, tanto en áreas urbanas como apartadas o en países desarrollados y en desarrollo.(17) (Federation F. W., 2011)

La Organización Panamericana de la Salud, (OPS) a través de su Programa de Salud Bucal, es responsable de liderar el desarrollo y ejecución de la política de salud oral para los Estados Miembros de la Organización.

La misión del Programa de Salud Oral de la OPS es el fortalecimiento de los servicios de salud oral a través de la comunicación y la colaboración entre los países miembros a proporcionar la información y los recursos necesarios para promover una atención igual y

la calidad de la salud oral para toda la gente en las Américas, especialmente para las poblaciones más vulnerables.

El Programa de Salud Oral de la OPS equipa a los países con estrategias probadas de mejores prácticas, conocimientos y experiencia técnica y facilita las asociaciones que catalizan y sostienen el cambio positivo. El Programa de Salud Oral de la OPS también ofrece su experiencia en el diseño y ejecución de ensayos clínicos y tratamientos alternativos rentables que aumenten el acceso a los servicios de salud oral.

En el año 2004 se realizó en Cuba, un encuentro latinoamericano donde se expone sobre la problemática de las enfermedades orales que afectan la población latinoamericana, definiéndose acciones que deben ejecutarse para enfrentar lo identificado.

Las acciones se direccionan hacia la promoción de la salud mediante programas concretos, propuesta de celebrar la semana de la salud bucal de la región que permita fortalecer el discurso que la salud oral es parte de la salud integral, formación de escuelas y guarderías saludables, fortalecer servicios preventivos como el acceso a elementos fluorados, sellantes, fortalecer la participación social, fortalecer alianzas entre docencia, gremios, servicios y organizaciones no gubernamentales, educar a la población sobre sus deberes y derechos en salud oral, construir sistemas de vigilancia en salud oral y fortalecer la inter sectorialidad.

En la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá, conscientes de la problemática identificada y del cumplimiento de acciones propuestas en los encuentros latinoamericanos, para el año 2004 se contaba con el primer documento de política de salud oral, con alcance para el año 2010. El documento contenía, el propósito, los objetivos, el plan de operación de acciones, articulándose a los planes de desarrollo vigentes que contemplan metas a cumplir en materia de salud oral. El documento de política fue realizada en conjunto con varios actores como las Empresas Sociales del Estado, las facultades de odontología, entre otros.

Para el año 2006 el encuentro de países latinoamericanos realizado en Brasil, definió que el sistema de salud bucal de las Américas, establece la necesidad de constituir políticas gubernamentales permanentes, con participación de diferentes sectores que promuevan la salud bucal con base en información epidemiológica, mejorando los sistemas de

vigilancia epidemiológica con actualización de datos, potencializando mecanismos de comunicación y asegurando que el desarrollo de las acciones en salud, se enfaticen en las de salud oral, articulándose con acciones de otros sectores, de modo que se cumpla la inter-sectorialidad.

Para apoyo a los países participantes, se presenta el *“Plan regional decenal sobre salud buco-dental”*<sup>6</sup> –, donde se definen las metas a cumplir siendo estas las siguientes:

- a.- Para el año 2015, en la región de las Américas, es reducir la carga de morbilidad, disminuyendo el índice de dientes cariados, perdidos y obturados, a la edad de 12 años (COPD- 12) y mejorar la evaluación, tratamiento y acceso a los servicios de salud.
- b.- Los programas de salud buco-dental, exigirían alianzas firmes entre los sectores privado y público, enfatizando la promoción y mejoramiento del estado de salud oral de las Américas, contribuyendo al logro de los objetivos de desarrollo del milenio y del desarrollo general mundial.

En Colombia, apoyando lo anterior, el Ministerio de Protección Social en septiembre del 2006, emite la Resolución 3577, denominada *“Plan Nacional de Salud Bucal”*, que tiene como objetivo general, establecer parámetros tendientes a mejorar las condiciones de salud bucal, a través de la concertación de estrategias y modelos que permitan el mejoramiento de los procesos para el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la prestación de servicios, la coordinación e integración del recurso humano, y el conocimiento de los derechos y deberes relacionados, como aporte al logro de condiciones favorables de salud general y como objetivos específicos el mejorar los indicadores de salud bucal, como aporte a la calidad de vida de las personas y desarrollar estrategias para el uso de la información en salud bucal y de modelos de vigilancia, que soporten los logros e identifiquen oportunamente las acciones a seguir.

Así mismo en octubre de 2006, mediante el decreto 3518, se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en

---

<sup>6</sup> Documento CD47/14 OMS y OPS, Washington. Septiembre del 2006.

salud pública...”, este decreto permitió darle plataforma legal fortaleciendo el subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral denominada con la sigla *S/IVESO*, que se inicia en el año 2009, en la Secretaría de Salud, desde la Dirección de Salud Pública, en el área de Vigilancia en Salud Pública.

Para agosto del 2007, mediante el decreto 3039, se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, teniendo como una de sus prioridades la salud oral. Se establece que debe realizarse la IV encuesta nacional de salud bucal.

Las metas de cumplimiento es lograr que el índice de COP, (cariado, obturado y perdido) promedio a los 12 años de edad, sea menor de 2,3 y lograr mantener los dientes permanentes en el 60% en los mayores de 18 años.

Para el plan decenal de salud pública, PDSP, 2012 -2021, se identifican los problemas y necesidades diferenciados por dimensiones y regiones, donde una de las dimensiones prioritarias es la *“vida saludable y condiciones no transmisibles”* que permiten identificar como desafío prioritario la salud bucal en la región de Bogotá, Cundinamarca, central, oriental y caribe. Para el manejo de la dimensión *“vida saludable y condiciones no transmisibles”*, se presentan objetivos, metas a cumplir al 2021, definiendo estrategias donde las normas, políticas, planes y programas sectoriales han de ser implementados, evaluados y monitoreados, siendo incluida la salud bucal en el componente *“condiciones crónicas prevalentes”* donde se plasma el abordaje a las alteraciones de la salud bucal. (18) (Social., 2013)

Actualmente, en la Secretaría de Salud de Bogotá, con la construcción del documento de *“Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. con participación social para el decenio 2011-2021”*, determina la forma y el cómo los procesos apuntan al mejoramiento de la salud oral de la población en Bogotá.

### **3.3 Normatividad**

#### **Plan decenal de Salud Pública, 2012-2021**

Es un pacto social y mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública

(PDSP), es una carta de navegación que plantea línea de trabajo, para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública.

#### **Resolución 4505/2012**

Establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en los servicios de salud, para su integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)

#### **Ley 1438/2011**

Es la ley que reforma el sistema general de seguridad social en salud. 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 tiene como marco la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que 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.

#### **Decreto 3039/2007.**

Adoptó el plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010. 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 pública. Este decreto establece que debe realizarse la IV encuesta nacional de salud bucal.

#### **Resolución 3577/ 2006**

El Plan Nacional de Salud Bucal fue adoptado mediante resolución 3577 de 2006 e incluye líneas estratégicas relacionadas como la garantía del acceso a los servicios, gestión de la salud bucal en los territorios, gestión integral del recurso humano, gestión de la información. El objetivo general es establecer parámetros tendientes a mejorar las condiciones de salud bucal, a través de la concertación de estrategias y modelos que permitan el mejoramiento de los procesos para el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la prestación de servicios, la coordinación e integración del recurso

humano, y el conocimiento de los derechos y deberes relacionados, como aporte al logro de condiciones favorables de salud general. Y tiene como objetivos específicos el mejorar los indicadores de salud bucal, como aporte a la calidad de vida de las personas; definir y desarrollar estrategias para el uso de la información en salud bucal y de modelos de vigilancia, que soporten los logros e identifiquen oportunamente las acciones a seguir.

#### **Decreto 3518/ 2006**

El decreto tiene como objeto "...Crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública..."

#### **Política Pública de salud oral/ 2004.**

Primer documento de política de salud oral, generado en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá cuyo objeto fue que los habitantes del Distrito Capital gozarán de un buen estado de salud oral, con el concurso de los distintos actores involucrados en la preservación de la misma, gracias a la garantía de condiciones que la favorezcan y al acceso a los servicios preventivos, curativos y de mantenimiento, con especial énfasis en la población infantil de 5 a 14 años y mujeres gestantes en la búsqueda de garantizar progresivamente cobertura universal.

#### **Resolución 412/ 2000**

Resolución que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento. Se adoptan 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.

#### **Ley 38 /1993**

Ley en Colombia que unifica el sistema de dactiloscopia y adopta la Carta Dental para fines de identificación. La ley ordena que a partir del 1 de enero de 1993, todos los consultorios odontológicos, tanto públicos como privados estén en la obligación levantar una Carta Dental y mantener su respectivo archivo.

**Resolución 6568 /1992.**

Por el cual el Ministerio de Salud crea el Comité a nivel nacional y territorial para vigilancia de fluoración y yodación de sal de consumo humano.

## 3.4 Políticas públicas

### 3.4.1 Definición de Políticas públicas

En un texto conjunto de Yves Meny<sup>7</sup> y Jean Claude Thoenig<sup>8</sup>, llamado “Las Políticas públicas 1992” señalan que: “Una Política pública se presenta bajo la forma de un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico”. Este enfoque está de acuerdo con el planteamiento pragmático que es a menudo el de los analistas de políticas públicas. Numerosos autores, identifican a la política pública con el programa de acción gubernamental. La ventaja de estas definiciones es permitir delimitar un objeto de investigación relativamente concreto (la política agrícola, la política de transporte, la política urbana) (Colombia., 2002). En éste estudio de caso de políticas públicas, describen que *“El inconveniente es no decir nada acerca de la génesis social de las políticas públicas, por ello una política pública es “un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es tomar a su cargo los desajustes que pueden ocurrir entre un sector y otros sectores, o aun entre un sector y la sociedad”*

Igualmente la política pública debe ser liderada por el gobierno, ya que “Una política pública es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental, significa, entonces que debe ser asumida con propósito transformador, para producir cambios en la sociedad, orientando una acción que exige coordinación institucional en el mediano y largo plazo. Además debe ser participativa y fundamentalmente debe

---

<sup>7</sup> Yves Meny, nacido 17 de mayo 1943 en Goven en Ille - et - Vilaine , es un académico , investigador en ciencia política francesa. Su trabajo se ha centrado inicialmente en el desarrollo de las instituciones públicas, la reforma y modernización del Estado y la crisis del estilo jacobino tradicional, bajo la presión de la descentralización y la integración europea. Su investigación se centró en el análisis de política comparada y el análisis de las políticas públicas en los años 1980-1990.

<sup>8</sup> Jean Claude Thoenig (nacido 1940 en Biel- Suiza) Es administrador de Empresas y Sociólogo. Es Director de Investigación en Administración y Políticas Públicas de la Universidad de Paris – Dauphine.

responder a necesidades socialmente relevantes que exijan la intervención estatal. La anterior generalización, no implica que esta sea la única definición de lo que significa la política pública. En efecto las definiciones de política pública, son tan variadas como el objeto de su estudio. (Universidad Libre).

Autores como Hecló, Meny –Thoenig- Widlasky (citados por André Noel Roth Deubel): la política pública es “*Una acción gubernamental dirigida hacia el logro de objetivos fuera de ella misma*”. Para Melvin J. Dubnick <sup>9</sup>, la política pública “está constituida por acciones gubernamentales, lo que los gobiernos dicen y lo que hacen con relación a un problema ó controversia” y Hogwood señala: “para que una política pueda ser considerada como una política pública, es preciso que en un cierto grado haya sido producida o por lo menos tratada al interior de una serie de un marco de procedimientos, de influencias y de organizaciones gubernamentales “Más recientemente autores como Pierre Muller y Surel, consideran que la política pública “designa el proceso por el cual se elaboran y se implementan programas de acción pública, es decir dispositivos político administrativos, coordinados en principio alrededor de objetivos explícitos.

“Las políticas públicas constituyen el eje fundamental de las acciones estatales, como instrumento orientador de sus intervenciones, que además expresan la voluntad política y las propuestas del Estado frente a la sociedad. (Secretaría de estado de la mujer, República Dominicana, 2006)

“Para la política pública, el contenido social es vital en la comprensión de las necesidades poblacionales y en la búsqueda de transformaciones”. (Mejía, 2012)

En términos operativos, “la política es un conjunto de programas que pretenden alcanzar los mismos fines. Da las orientaciones sobre qué problemas priorizar y define las principales vías y/o límites para la intervención que la política plantea”. (Secretaría de Estado de la Mujer & Fondo de Población de las naciones Unidas, 2006).

---

<sup>9</sup> Melvin J. Dubnick es profesor de Ciencias Políticas de la Universidad de New Hampshire, de la Academia Nacional de Administración Pública.

“La definición de políticas públicas ayuda a marcar el rumbo de una sociedad, siempre y cuando su formulación e implementación se encuentren sujetas a las necesidades sociales y no a las de quienes ocupen los roles políticos del momento”.

A nivel Colombia, autores como Alejo Vargas Velásquez,<sup>10</sup> señalan que las políticas públicas son “el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables” y André Noel Roth<sup>11</sup> define la política pública así : “una política pública existe siempre y cuando instituciones estatales asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos estimados como deseables o necesarios, por medio de un proceso destinado a cambiar un Estado de cosas percibido como problemático.”

De las diversas definiciones señaladas, se puede establecer, sin llegar a una definición precisa, la identificación de una serie de elementos comunes a las políticas públicas: La acción gubernamental, la participación de entidades estatales, la participación de sectores sociales (públicos o privados); la existencia de situaciones problemáticas, y un proceso de definición de objetivos, acompañada de una serie de procesos en la búsqueda de una respuesta estatal en forma de situaciones que pueden ser “constitutivas”, es decir aquellas que definen principios orientadores y normas de acción entre los responsables institucionales y los actores sociales; y/o específicas en los casos de salud, educación, vivienda etc. (Universidad Libre).

Tomando en cuenta los conceptos de diferentes autores y discusiones se asume que *“las políticas públicas son procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas, por el Estado, para dar respuestas a problemas*

---

<sup>10</sup> Alejo Vargas Velásquez es Licenciado en Trabajo Social, tiene Maestría en Política Social, Magíster en Desarrollo, Doctor en Ciencia Política, es profesor titular del Departamento de Ciencia Política de la Universidad Nacional de Colombia.

<sup>11</sup> André Noel Roth Deubel, nacido en Suiza, estudió ciencia política y ciencias económicas y sociales en la universidad de Geneve- Suiza, pertenece al grupo de investigación “Análisis de las políticas públicas y de la gestión pública” de la Universidad Nacional de Colombia. Autor del libro Políticas Publicas: Formulación, implementación, y evaluación.

*socialmente reconocidos en un contexto económico político social, y cultural particular”* (salud., 2008)

“En razón a que no existe un criterio único y uniforme para el análisis de política pública” y comprendiendo que las políticas públicas son un elemento fundamental en la relación Estado – Sociedad con el que se busca dar respuesta a situaciones sociales identificadas, es crucial entender el proceso de formulación de las políticas, sus diferentes fases y lo que implica en la toma de decisiones y desarrollo de acciones concretas.

### 3.4.2 Ciclo de la política pública

Aunque el proceso de construcción de las políticas no debe verse como un orden estricto y sucesivo de etapas que están condicionadas unas a otras, si es necesario establecer un punto de partida, un durante y un después de la política, en donde se pueda definir qué se prioriza en ésta o cuál es su objeto de acción, los roles que cumplen los actores involucrados en su formulación y desarrollo, sus alcances y los mecanismos de implementación entre otros.

En ese sentido se ha propuesto para la construcción de políticas públicas el ciclo compuesto por cinco fases. Ciclo de Política Pública - secuencia lógica de la vida de una política pública – (modelo basado en Jones (1970), Thoenig y Roth (1992). Ver tabla

**Tabla 2.** El Policy Cycle según Jones. 1970

EL POLICY CYCLE SEGÚN JONES(1970)				
FASE I Identificación de un problema	FASE II Formulación de soluciones o acciones	FASE III Toma de decisión	FASE IV Implementación	FASE V Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Apreciación de los acontecimientos.</li> <li>.-Definición de un problema.</li> <li>.-Agregado de intereses.</li> <li>.-Organización de las demandas.</li> <li>.-Representación y acceso ante las autoridades públicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Elaboración de respuestas.</li> <li>.-Estudio de soluciones.</li> <li>.-Adecuación a los criterios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Creación de una coalición.</li> <li>.-Legitimación de la política elegida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Ejecución.</li> <li>.-Gestión y administración.</li> <li>.-Producción de efectos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.-Reacciones a la acción.</li> <li>.-Juicio sobre los efectos.</li> <li>.-Expresión</li> </ul>
DEMANDA DE LA ACCION PUBLICA	PROPUESTA DE UNA RESPUESTA	POLITICA EFECTIVA DE ACCIÓN	IMPACTO SOBRE EL TERRENO	ACCIÓN POLITICA O REAJUSTE

Fuente: Tomado y adaptado libremente de Meny, Thoenig (1992)

Mediante la aplicación del ciclo de política, se puede evidenciar la fase de formulación o toma de decisiones, siendo un momento clave, para la elaboración de políticas públicas en el cual interactúan diferentes actores políticos y grupos de la sociedad. Son estos actores y grupos quienes elaboran una agenda política con la situación problemática y toman las decisiones pertinentes para resolverla, por medio de acuerdos o consensos. El Estado realiza las acciones necesarias para intervenir estas situaciones, minimizándolas o solucionándolas en un momento determinado.

El proceso de producción de políticas públicas (*policy cycle*) es entendido como un conjunto de etapas de decisiones y acciones. Citando a Knoepfel y otros, “este es un aspecto metodológico de la investigación, marco de referencia que da respuesta al proceso de decisiones y procedimientos que forman una política pública”. Aguilar es más explícito: “la noción de *policy process* (ciclo) es propiamente un dispositivo analítico, intelectualmente construido, para fines de modelación, ordenamiento, explicación y prescripción de una política. Como tal pertenece al orden lógico más que al cronológico, por lo que no entiende ser la representación descriptiva de una secuencia de tiempos y sucesos que efectivamente suceden uno tras otro, las etapas pueden sobreponerse y suponerse unas a las otras, condensarse alrededor de una de ellas, anticiparse o retrasarse, repetirse”.

La acción del Estado adquiere forma de política pública al involucrar en su agenda la realidad de la comunidad que requiere una respuesta integral, consistente y sostenible de su parte, para ser transformada en pro del bienestar general en el marco constitucional y legal vigente.

El origen de las políticas públicas y su desarrollo en la ciudad da cuenta de procesos de movilización social gestados para exigir el reconocimiento y el respeto a la diferencia y al pluralismo en una ciudad diversa y compleja, lo que ha puesto a la participación como eje central del abordaje de las políticas públicas y de su implementación no en un plano teórico sino de realidad. De allí que quienes se enfrentan a la construcción de política pública en la ciudad, necesariamente conciben el ciclo de realización de la misma, como espacio de encuentro, negociación, concertación entre actores sociales e institucionales en pro de un mismo objetivo y finalidad.

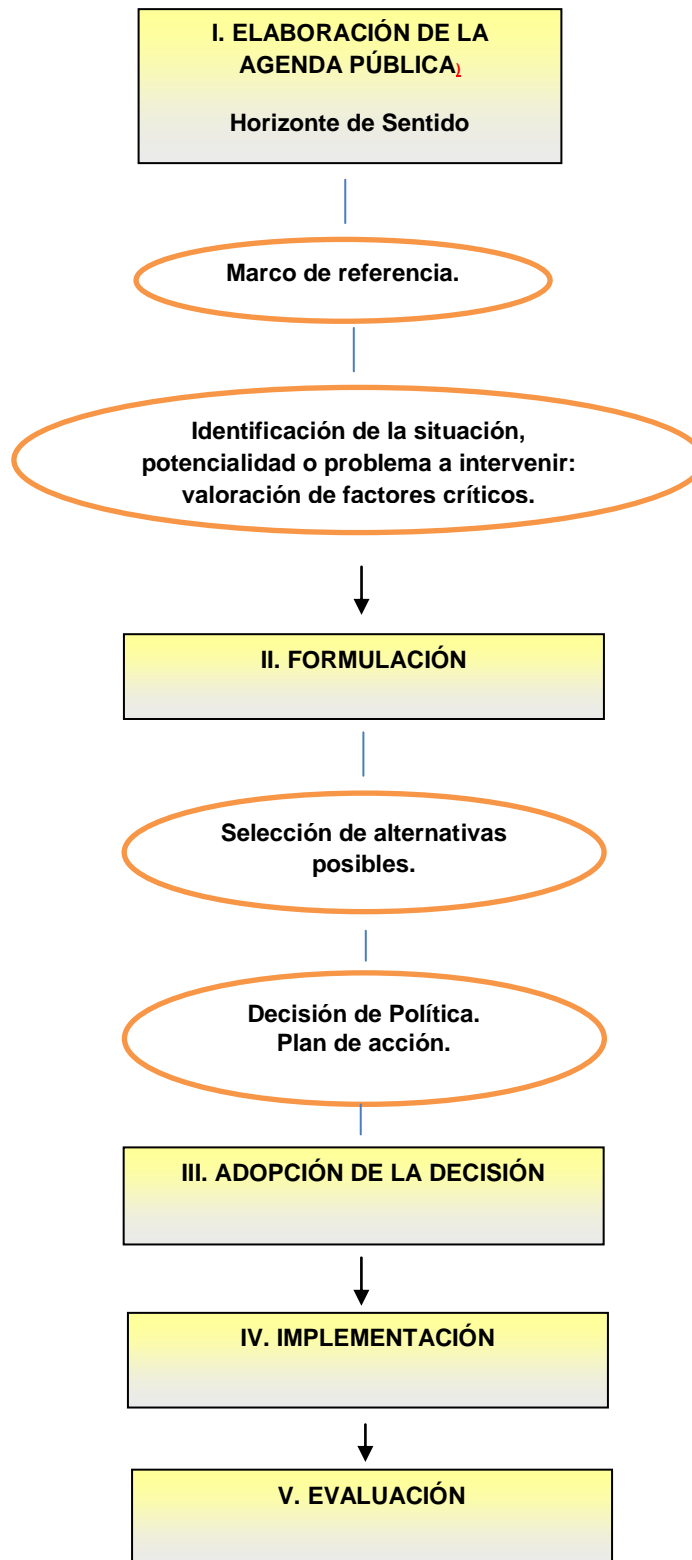
Por ello, no puede dejarse de lado, la importancia central de la participación social en el desarrollo del ciclo de cada política distrital, transversal a todas las fases, central en la

definición de sus principales aspectos y trascendental en el seguimiento, evaluación y control social. Para el efecto, habrá de hacerse uso de todos los escenarios distritales y locales en los que se garantiza la voz y el voto de la sociedad civil para el proceso decisorio de las políticas públicas.

En el caso de la política de salud oral, la construcción de las políticas públicas distritales se ha abordado teniendo como base algunos elementos orientadores contenidos en los planes de desarrollo y en los enfoques conceptuales en los que estos se han enmarcado y desde el punto de vista práctico, han retomado orientaciones metodológicas de diversos autores y revisado diferentes experiencias, realizando los análisis y las adaptaciones propias que exige la dinámica de la ciudad.

Con el fin de aportar unos elementos que faciliten y ordenen el proceso de construcción de políticas públicas en la ciudad, se ha elaborado un documento denominado “Guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales” que pretende orientar el desarrollo de cada una de las fases que componen el Ciclo de Política Pública definido teóricamente, y consolidado a partir de identificar los aspectos comunes en las diversas experiencias de construcción de política pública con que cuentan cada uno de los sectores de la administración pública de la ciudad. Este documento contiene i) conceptos básicos que promuevan la unificación del lenguaje utilizado en el abordaje del proceso de construcción de políticas públicas, ii) describe las diferentes fases del ciclo de política y hace referencia a las acciones estratégicas que deben tenerse en cuenta en cada una de las mismas incluida la fase de evaluación iii) finalmente, aporta algunas referencias metodológicas y estrategias para el cumplimiento de las fases de la política pública que podrán ser utilizadas por los responsables de la misma teniendo en cuenta las particularidades propias de cada proceso.

Sumado a lo anterior las políticas de todos los sectores que afecten directa o indirectamente a la salud deben analizarse y armonizarse para aumentar al máximo las oportunidades de fomentar y proteger la salud.(11) (Salud. O. M., Salud para todos en el siglo XXI). Además a nivel distrital se cumple con el decreto 689 (12) (D.C, 2011) del 2011, que tiene como campo de aplicación en las entidades y organismos distritales adelantar todas las fases del ciclo de las políticas, con sus acciones estratégicas, utilizando las metodologías que para el efecto se consideren idóneas. Ver figura 1.

**Figura 1.** Fases del ciclo de la política

Fuente: Ciclo de Política Pública - secuencia lógica de la vida de una política pública. (Modelo basado en Jones (1970), Thoenig y Roth (1992):

### Elaboración de la agenda pública <sup>12</sup>

En esta fase se establecen participativamente las orientaciones y reflexiones que guían el proceso de desarrollo de la política pública; se construye identificando cuál es la realidad que caracteriza a la población y al territorio, teniendo en cuenta las siguientes acciones estratégicas. Ver tabla 3.

**Tabla 3.** Elaboración de la agenda pública

FASE		ACCIONES ESTRATÉGICAS	
1	ELABORACIÓN DE LA AGENDA PÚBLICA	Identificación del Marco de Referencia	Identificación del problema, situación prioritaria o potencialidad
		ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES ESPECÍFICAS
		Revisión previa de marcos y contextos	Determinación de las causas del problema
		*Delimitación temática, poblacional y espacial	- Valoración de factores críticos a enfrentar
		*Elaboración de Diagnóstico participativo	

Fuente: Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales. 2011

#### *.- Identificación del Marco de Referencia.*

El desarrollo de las actividades propias de la construcción del Marco de Referencia, incluye actividades participativas que involucran a los principales actores sociales. Este aspecto puede garantizar mayor objetividad en la descripción misma de la situación, condición y problema que se espera transformar, y una participación decisoria durante la fase.

En ésta construcción se deben abordar la revisión previa de los marcos normativo, conceptual, ético – político y analítico que son instrumentos jurídicos, de planeación vigentes, documentos conceptuales y analíticos.

La delimitación temática, poblacional y espacial, se espera que a través del reconocimiento colectivo de las circunstancias que caracterizan la dinámica social se pueda establecer el

<sup>12</sup> Esta fase ha sido explorada en otras experiencias distritales en la formulación de políticas públicas, bajo la denominación de “horizonte de sentido”. Ver “Orientaciones para el diseño, la formulación y la implementación de políticas públicas en Bogotá”. Secretaria Distrital de Integración Social. Junio de 2011

por qué y el para qué de la política pública. Así el qué, son las condiciones, situaciones, problemáticas de la población o comunidad que requieren ser transformadas para mejorar su calidad de vida. El por qué, es la razón que motiva la acción del gobierno sobre una condición, situación o problemática específica. El para qué, es el propósito o transformación que se quiere alcanzar o lograr con las acciones de política.

Los actores involucrados, hacen referencia a la administración pública, la comunidad, las múltiples formas de organización social, el sector privado y otros actores, los cuales deben ser convocados a un espacio común de participación para la construcción de la política.

Se tendrán en cuenta la identificación de la población y territorios objeto de la política. A su vez la proyección del tiempo de acción de la política y su alcance.

En cuanto a los recursos el balance de los recursos destinados a la temática identificada para tener en cuenta en la formulación de la política, donde puede considerarse proponer reasignaciones o redistribución de los mismos.

Para la definición precisa del alcance de los factores involucrados, el marco de referencia incluye la elaboración de un diagnóstico que permita conocer la situación real y concreta, para actuar con eficacia, por lo tanto la elaboración de un buen diagnóstico permite la lectura de los factores, los determinantes, entre otros elementos que caracterizan las condiciones, situaciones y problemáticas identificadas como objeto de la política, de modo que facilita caracterizar sus posibles alternativas de solución y transformación. En éste ejercicio se debe considerar también la construcción de un registro de datos respecto de la situación problemática inicial a partir de indicadores cuantificables con sus respectivas líneas base que se constituyen en un instrumento de gestión y evaluación de la situación inicial y final de una determinada política pública. <sup>13</sup>

*.-Identificación del problema, condición, situación o potencialidad*

Partir de una situación, condición, problemática, o potencialidad, permite identificar aquello que se desea transformar mediante las acciones de las autoridades públicas en el marco de sus

---

<sup>13</sup> Ministerio del Interior de Chile. Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas Regionales. Octubre de 2008.

competencias legales y constitucionales. Así, el ejercicio inicia su desarrollo con la caracterización de la situación, condición o problemática que se pretende transformar. Para ello, una vez definida la delimitación temática, poblacional y espacial soportada en datos y evidencia medible, se continúa el flujo de decisión hacia la identificación y caracterización de los factores, los determinantes, entre otros elementos del objeto de análisis.

Para contar con los elementos que permitan identificar la condición, situación y problema es necesario considerar los siguientes aspectos: La información, sea de orden conceptual, cualitativo, estadístico, normativo, entre otras, debe caracterizar, describir y delimitar las condiciones, potencialidades, situaciones, necesidades o problemáticas de la población en sus territorios que pueden estar obstaculizando o potencializando el ejercicio pleno de los derechos. Esto implica el diseño o identificación de categorías de análisis que orienten tanto la fuente de información como el punto de partida y el seguimiento a través del tiempo.

Existen diversas metodologías cuantitativas y cualitativas para la recopilación de información que permiten la identificación y priorización tanto de las situaciones, condiciones, necesidades y problemáticas a transformar como de las acciones a desarrollar. Dentro de las posibles metodologías a utilizar se encuentran: sondeos, censos, encuestas, investigación documental para contextualización histórica, social y económica de las poblaciones y territorios, realización de foros de discusión, grupos focales, cartografía social, entre otros.

Finalmente, para lograr la identificación de la situación, condición, o problemática es necesario que todos los actores participen en el debate, comprensión, análisis y posterior acuerdo sobre el tema de acción de la política pública, diferenciando algunos elementos como: el sector de la población hacia la cual se orientan las acciones y su territorio, cuál es la situación actual y cuál es la brecha frente a la situación deseada; además de realizar un mapeo sobre la competencia de la administración pública, el sector privado y la ciudadanía para su implementación.

### **Formulación de la política**

Esta fase se construye sobre los resultados obtenidos en el análisis del problema, la situación o realidad necesaria de transformar, los cuales determinaron la agenda pública o el horizonte de sentido. El propósito de la fase de formulación es identificar con precisión respuestas

integrales a los factores o determinantes de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas.

Se compone de la selección de alternativas posibles, definición y desarrollo de la estructura de la política y la elaboración del documento técnico de la política. Ver tabla 4.

**Tabla 4.** Fase formulación

FASE		ACCIONES ESTRATÉGICAS		
2	<b>FORMULACIÓN</b>	<b>Selección de alternativas posibles</b>	<b>Definición de estructura de la política</b>	<b>Elaboración del documento técnico de la política</b>
		ACCIONES ESPECÍFICAS  *Identificación de las alternativas de transformación de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas.  *Valoración técnico -política de las estrategias de acción (recursos, tiempo, riesgos, efectos generados, etc.)	ACCIONES ESPECÍFICAS  *Finalidad general *Objetivo general *Objetivos específicos *Ejes o líneas de política. *Metas *Acciones o actividades *Seguimiento, monitoreo y evaluación *Responsables *Financiación	  *Marcos de la política pública: ético, normativo, conceptual, analítico.  *Objetivos y fines de la política.  *Estructura de la política pública (según se determine) donde se Identifican las acciones estratégicas  *dimensiones, ejes, líneas de acción. *Orientaciones para la implementación de la política

Fuente: Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales.

2011

*.-Selección de alternativas posibles.*

A partir de la valoración de cada una de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas como necesarias de transformar, deberá construirse una respuesta integral mediante las estrategias participativas que se consideren procedentes,

teniendo en cuenta que la voz de la sociedad civil afectada o beneficiaria de las propuestas y de los actores institucionales directamente involucrados, representa un elemento indispensable para garantizar la solidez político- técnica de las alternativas de solución a plantear.

Para realizar la valoración de la consistencia política - técnica de cada alternativa de respuesta y obtener una selección óptima, se sugiere realizar un análisis estratégico que agote al menos, los siguientes pasos. 14:

Los criterios que pueden manejarse para la valoración de las diferentes alternativas detectadas como óptimas son muy variados; se recomiendan algunos de carácter general:

Recursos disponibles: presupuestales, físicos, humanos.

Tiempo estimado para el logro de los distintos objetivos que se valoran.

Adecuación a las prioridades de cada una de las partes implicadas en el proceso.

Riesgos identificados en cada una de las alternativas/Probabilidades de logro de los objetivos.

Contribución de las diferentes alternativas al logro de objetivos de carácter más general.

Posibles efectos generados por el logro de los diferentes objetivos valorados.

Vinculación entre las distintas alternativas y los actores seleccionados.

Posibilidades de viabilidad de cada una de las alternativas.

Específicamente para la valoración estratégica de cada alternativa de respuesta, se sugiere tener en cuenta lo siguiente:

---

14 Aspectos tomados del documento Metodología para la formulación de políticas públicas, elaborado por Leonardo Federico Nivia Guevara. Contrato de Consultoría No. 261 de 2009, celebrado con la Secretaría Distrital de Planeación. Se adaptó el texto al esquema metodológico del presente documento.

Deberá identificarse cuáles son los actores involucrados y/o interesados en la política a formular, teniendo en cuenta el conocimiento integral de las situaciones, condiciones, problemáticas o potencialidades identificadas.

Determinados los actores implicados, se identificará cuál es la posición de cada uno frente a las alternativas de respuesta configuradas en el momento anterior, lo que permitirá determinar las mejores estrategias de implementación tanto para sortear las dificultades que puedan presentarse en relación a conflictos entre actores partícipes de la política pública, como para orientar de la mejor forma su experiencia y potencialidades.

Hecha la valoración técnico-política de las alternativas posibles de respuesta, es preciso consolidar el insumo obtenido del ejercicio para culminar la fase de formulación de la política pública, con las orientaciones para su implementación que permiten tener un marco para la construcción del plan de acción que guiará la siguiente fase. Para desarrollar este paso, deberá realizarse un análisis puntual que garantice la identificación de la finalidad de la política pública que se formula, su objetivo general, su alcance y estructura.

#### *.- Definición y desarrollo de la estructura de la política*

En el desarrollo de esta fase lo que se aborda, es la construcción de la estructura de la política que permitirá alcanzar su propósito, para lo cual se deben definir, los siguientes aspectos:

- ✓ Finalidad de la Política Pública. Objetivo superior, ¿Para qué? ¿Cuál es el fin? ¿A qué se quiere contribuir? Circunstancia general a la cual la política quiere contribuir mediante el logro del objetivo que se defina.
- ✓ Objetivo general de la Política Pública. Es la orientación de la acción pública que se constituye en el eje de todo el ejercicio; se define como “el enunciado que orienta de manera global el diseño de una política (...) y debe formularse en términos de cambios esperados en la situación general de la población o grupo con quien se adelanta” (DNP, 1994). La determinación del objetivo general permite articular medios y fines para el logro del estado de cosas deseado. Su redacción es en tiempo presente o pasado, lo

esencial es transmitir la idea de que se trata de algo ya obtenido, aunque en realidad es futuro; esto, para efectos de facilitar mediciones con indicadores, una vez se haya logrado ese estado deseado. Siempre será una sola idea.

- ✓ Objetivos específicos: enunciados que definen de manera precisa lo que se pretende alcanzar para lograr una acción pública válida que pueda solucionar el problema identificado. Cada objetivo específico debe definir en sí mismo un resultado esperado concreto.
- ✓ Para efectos de orientar la fase de implementación de la política pública, es necesario definir además:
- ✓ Estructura de la política: hace referencia a las áreas que componen la política diseñada y que permiten organizar la estructura de la acción pública como punto de partida para su materialización. Esta estructura puede conformarse a partir de ejes, dimensiones, líneas de acción, pilares, entre otros.
- ✓ Metas: Número de productos o servicios que se espera lograr, expresado en unidades y discriminado por cada eje o línea de política establecida.
- ✓ Ejes de acciones o actividades: necesarias para lograr las metas ya identificadas.
- ✓ Seguimiento, monitoreo y evaluación: esquema que se utilizará para cada uno de estos tres aspectos y que permitirá validar en diferentes momentos, lo que se obtiene con la política. Para el efecto, podrán definirse indicadores como representación cuantitativa (variable o relación entre variables), verificable objetivamente, a partir de la cual se registra, procesa y presenta la información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo<sup>15</sup>.
- ✓ Responsables: Actores institucionales directa o indirectamente involucrados en la implementación de la política en formulación. Deberá identificarse el sector administrativo distrital que coordinará la implementación de la política.

---

15 Guía Metodológica para la Formulación de Indicadores – Departamento Nacional de Planeación- DNP 2009.

- ✓ Financiación: Definición de implicaciones presupuestales o costos estimados de la política y sus fuentes de financiación (con apoyo de la Secretaría Distrital de Hacienda y la Secretaría Distrital de Planeación), en el caso de Bogotá.

- *Elaboración del documento técnico de la política*

Identificados al menos los aspectos antes enunciados, se deberá consolidar esta fase de formulación de la política pública, con la elaboración del documento técnico de la política que consigne los resultados de las fases adelantadas hasta este momento. <sup>16</sup> El documento debe dar cuenta los siguientes elementos:

Marcos de la política pública: ético, normativo, conceptual, analítico.

El diagnóstico, la descripción analítica del proceso de construcción de la política, con la especificidad de las acciones realizadas para garantizar el derecho a la participación en toda la construcción de lo público. La finalidad, objetivos y principios de la política, la estructura de la política pública (según se determine): dimensiones, ejes, líneas de acción y las orientaciones para la implementación de la política.

**Adopción de la decisión:**

Este aspecto hace referencia de manera simple a los distintos canales de manifestación del gobierno hacedor de política pública o de las autoridades administrativas o legislativas competentes (decretos, acuerdos, resoluciones, etc.), que recogen la decisión formulada de manera precisa y dan paso a su fase de ejecución.

En esta fase se elabora y presenta para su trámite, el respectivo proyecto de acto administrativo distrital que adopta la política pública formulada, con la documentación que sustenta su proceso de construcción. Ver tabla 5.

---

<sup>16</sup> El escenario adecuado para articular la consolidación de esta fase es el Comité Sectorial respectivo – Decreto 505 de 2007.

**Tabla 5.** Fase adopción de la decisión

FASE		ACCIONES ESTRATÉGICAS
3	ADOPCIÓN DE LA DECISIÓN	<b>Elaboración y trámite del proyecto de acto administrativo</b>
		ACCIONES ESPECÍFICAS *Elaboración del proyecto de acto administrativo (con la documentación que sustenta el proceso de construcción de la política a adoptar).

Fuente: Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales.

2011

### Implementación

Este es un momento crucial en todo el flujo de decisión del gobierno distrital hasta aquí adelantado. En efecto, significa la gestión de la decisión que permite materializarla para transformar la situación, condición, problemática o potencialidad considerado como objeto de la política pública.

La implementación inicia con el proceso de discusión y diseño de los programas, planes, proyectos y servicios que materializan los objetivos y acciones planteadas en la fase formulación, en los cuales es relevante habilitar espacios de participación social para promover el modelo de gestión pública participativo. Ver tabla 6.

**Tabla 6.** Fase implementación

FASE		ACCIONES ESTRATÉGICAS
4	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de la Política
		ACCIONES ESPECÍFICAS
		* Coordinación y concertación con los sectores involucrados, las acciones a realizar
		* Diseño del Plan de Acción
		* Posible armonización de planes, programas o proyectos.

Fuente: Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales.

2011

Para empezar la ejecución de lo formulado, deberán identificarse y activarse los escenarios de coordinación intersectorial 17 que permitirán articular y concertar el desarrollo de esta fase de manera racional y adecuada, en especial, con los actores directamente involucrados.

El sector administrativo o entidad (es) coordinador (as) de la implementación de la política, planeará (n) la ejecución de esta fase a partir del diseño de una matriz o plan de acción que oriente la labor con base en todos los aspectos hasta aquí definidos.

En este estado del proceso, es posible que se identifiquen planes, programas y/o proyectos ya existentes que por su contenido y enfoque, deberían integrarse a la política en proceso y que aportarían insumos para el logro de su objetivo. De ser así, deberá desarrollarse un proceso de armonización que facilite esa integración y promueva no solo la coherencia en la gestión pública distrital sino además, la racionalización de esfuerzos y la evaluación óptima de la política distrital.

Plan: conjunto de programas para alcanzar los objetivos generales<sup>18</sup>.

Programa: conjunto de proyectos necesarios y suficientes para el logro de los objetivos específicos<sup>19</sup>.

Proyecto: Unidad básica que consolida la planeación, compuesta por un conjunto de acciones y actividades concretas interrelacionadas y coordinadas, limitadas en cuanto a tiempo, sector, grupos-meta, recursos y cuyo fin es materializar los objetivos planteados previamente.

## **Evaluación de la política implementada**

### Seguimiento y Evaluación de la política implementada

---

17 En este estado del ciclo, el rol de las Comisiones Intersectoriales vigentes, es fundamental.

18 Guía Distrital de Procesos y Procedimientos. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. Pág., 112 y 113.

19 Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C. Op. Cit.

El seguimiento es un proceso de apoyo a la gestión (comprendida su retro-alimentación y basada en indicadores), orientado a la solución de problemas que se plantean durante la ejecución de la política con el fin de verificar si se están alcanzando los objetivos planteados. Este se desarrolla en términos de los recursos utilizados, las metas intermedias cumplidas, así como el presupuesto previsto y las estrategias de acuerdo con su periodicidad. Es importante aclarar que un adecuado seguimiento de la política servirá para llegar al momento de la evaluación con más información, además de permitir la realización de ajustes periódicos.

Los propósitos del seguimiento son:

- ✓ Fomentar la cultura de la evaluación, la gestión del desempeño y la rendición de cuentas en función de los resultados esperados.
- ✓ Ser un elemento importante de la planificación estratégica.
- ✓ Alentar el aprendizaje institucional de todos los actores involucrados con la política.
- ✓ Promover el uso de la evidencia que de él se obtiene
- ✓ Elegir los resultados pertinentes y demostrar cómo y por qué producen los resultados previstos o cómo mejoran lo esperado.

Es importante resaltar que éste proceso deberá crear las condiciones que permitan reconocer y materializar el derecho a la participación de la ciudadanía y de sus organizaciones en esta fase de seguimiento, evaluación y control social de las políticas públicas, garantizando una apertura en el flujo ascendente y descendiente de información y un espacio para el aprendizaje y el desarrollo organizacional.

Dentro del proceso de seguimiento es necesario realizar los siguientes pasos:

.- Diseño del Plan de Monitoreo.

El monitoreo consiste en ir supervisando y evaluando el grado de éxito o fracaso en la ejecución de la política pública a partir de proyectos y/o programas (actividades programadas y de gestión) respecto al logro de los objetivos.

El objetivo principal se enfoca a identificar las falencias a tiempo con el fin de realizar las modificaciones pertinentes si es el caso y cumplir con las metas definidas basadas en los objetivos.

El monitoreo involucra aspectos internos de la implementación de la política en términos de eficacia, eficiencia y focalización, de tal manera que se evidencien de manera oportuna desaciertos en el diseño (metas mal planteadas, actividades desenfocadas o con problemas en su organización, falta de coherencia entre las actividades, las metas y su organización), errores en la implementación (incumplimiento de las metas y actividades que a su vez retrasan el cumplimiento de la política en general) y factores no contemplados que tienen injerencia en la implementación de la política.

Es primordial que las actividades de monitoreo se establezcan antes de la implementación de la política, con base en sus proyectos y programas, con el objetivo de desarrollarlas en toda la etapa de implementación, contar con la información necesaria a la hora de realizar la evaluación y maximizar la utilidad de éste proceso.

De un adecuado y riguroso monitoreo depende un excelente seguimiento y por lo tanto una muy buena evaluación de la política.

Una vez identificado el concepto y la importancia del monitoreo, es necesario identificar las características que tiene el Plan de Monitoreo, los cuales son:

- .-Identificar los destinatarios de la información.
- .-Establecer los indicadores necesarios.
- .-Identificar los instrumentos a utilizar.

Para recolectar información útil se debe recurrir a instrumentos adecuados ya sea los de generación de datos primarios (entrevistas, cuestionarios o registros) o los instrumentos de datos secundarios (estadísticas oficiales, entre otras).Así:

- .-Establecer los responsables.
- .-Establecer la periodicidad de la información.
- .-Determinar el tipo de información a utilizar.

En la recolección, procesamiento y supervisión de la información tener en cuenta:

- .-Recolección de la información. Datos cuantitativos como cualitativos.
- .-Procesamiento de la información.
- .-Supervisión de la información. Verificando la calidad de los datos y su fuente.

### Análisis de la Información.

Determinar las técnicas a utilizar

Para datos cuantitativos: Pueden ser modelos univariados como medidas de tendencia central y de posición.

Para datos cualitativos mediante técnicas de análisis de discurso y de contenido.

Establecer el tipo de análisis a realizar

Para datos cuantitativos: Determinar si se realiza un análisis univariado, bivariado o multivariado.

Para datos cualitativos: Puede ser de contenido o de discurso e implementado transversalmente o longitudinalmente.

### Análisis preliminar

Para datos cuantitativos: Tablas de frecuencia, estadísticos, elementos que permitan un examen preliminar de datos.

Para datos cualitativos: Corresponde a un pre-análisis de la información.

### Elaboración de informes

Estos pueden ser:

Descriptivos Transversales: Presentan un punto de referencia temporal.

Comparativos Longitudinales: Presentan más de un punto de referencia temporal, evidencia la evolución de la política.

Explicativos /Predictivos: Evidencian las relaciones causa- efecto, que pueden ser transversales y longitudinales.

### **Evaluación**

Según Durán (1999:170-172) la evaluación de políticas públicas constituye una herramienta para encarar los tres principales retos de los gobiernos contemporáneos: comprender, comunicar y controlar. Los gobiernos deben comprender lo que pasa con

los procesos sociales inducidos por la acción pública para fundamentar de la manera más acertada posible las acciones futuras; los regímenes políticos tienen también la obligación de comunicar para explicar con base en una información argumentada y dialogar con su público, con el fin de conseguir el respaldo de sus acciones; por último los gobiernos no pueden dejar de ejercer un control sobre las actividades que realizan.

Por su parte, Weiss (1998: 4) considera la evaluación como “La valoración sistemática de la operación y/o los resultados de una política, en comparación con un conjunto de normas explícitas o implícitas, como medio de contribuir a la mejora de la política”. Este concepto se enfoca no solo en los resultados, sino también en los procesos.

Toda acción pública pretende incidir en la sociedad actuando sobre las necesidades y problemas detectados con el objetivo de provocar un impacto o cambio de esa realidad. Para ello, se define y articula un conjunto de objetivos y se pone en marcha una serie de instrumentos. El propósito de la evaluación es analizar las distintas etapas, desde que se decide intervenir hasta que se manifiestan los impactos, comprobando la validez, tanto interna como externa, de las hipótesis causales de la acción pública.

Así, este propósito se explica en mejorar el proceso de toma de decisiones de los gestores de la Política Pública para que ésta incida efectivamente en un mayor bienestar de la sociedad y también para:

- Verificar la eficiencia del gasto en relación al logro de los objetivos de las políticas.
- Identificar fortalezas y debilidades en la implementación de las políticas.
- Cuantificar los resultados de la inversión pública.
- Ejercer control legal, administrativo y financiero.
- Promover aprendizaje organizacional (retroalimentación del personal).
- Optimizar rendición de cuentas.
- Racionalizar la toma de decisiones públicas.
- Reformar las prácticas de la administración.

La evaluación se hace indispensable también en los procesos de formulación e implementación de políticas públicas por cuanto permite conocer el nivel de coherencia de los resultados que se obtienen de las acciones públicas con las necesidades

establecidas, siendo éste análisis relevante para tomar la decisión de intervenir sobre una problemática social.

La evaluación se entiende como un proceso que busca determinar el valor relativo de una situación. En el contexto público se debe entender como la medición de la diferencia entre los estados que son esperados y observados en una situación de relevancia colectiva o la valoración de las actividades que buscan eliminar dicha diferencia.

Dicho lo anterior, es preciso concluir para efectos conceptuales, que la evaluación de las políticas públicas se entiende como la medición de la diferencia entre los estados que son esperados y observados de una situación que ha sido incorporada a la agenda pública y la valoración de las actividades que buscan eliminar dicha diferencia.

La evaluación sustenta su importancia en la evidencia de problemas en los diferentes ciclos de la política pública, tales como: deficiencias en la gestión, falta de gerencia, incapacidad de las entidades responsables para adecuarse a condiciones cambiantes, excesivas instancias de decisión, conflictos de intereses, entre los más recurrentes.

Incorporar en la agenda de la administración la determinación clara de procesos comunes vinculados con la formulación, seguimiento y evaluación de las Políticas Públicas se fundamenta en que se ha detectado la ausencia de mecanismos eficientes de seguimiento y control, aspecto que impide determinar los responsables de los desaciertos y deficiencias del accionar institucional: generalmente se evalúa la acción en sí misma y no el resultado alcanzado con la realización de las acciones en términos de eficacia, eficiencia, y si los resultados políticos y sociales fijados en los objetivos, se consiguieron.

### **Etapas de la evaluación**

Antes de la evaluación:

Antes de realizar una evaluación hay que considerar quiénes son los destinatarios del proceso de evaluación, lo que implica la determinación del tipo de evaluación a realizar. De igual forma se debe determinar el nivel de información necesario para el proceso, el fin último del proceso evaluatorio y qué fuentes de información y con qué recursos se

cuenta para llevarlo a cabo. Las respuestas a estas cuestiones determinarán el tipo de evaluación más apropiado.

Para continuar con el proceso de evaluación se deberán tener en cuenta los siguientes elementos:

.- Identificación de la necesidad de la evaluación.

Conocer los intereses y motivaciones que hay detrás de la evaluación.

Determinar anticipadamente la utilidad de la evaluación.

Establecer los objetivos de la evaluación.

Determinar que cuestiones se van a analizar.

Con qué tiempo y recursos se cuenta para realizar la evaluación.

En este sentido, en un proceso de evaluación de políticas públicas las respuestas estarán relacionadas con el proceso de formulación y deberán responderse en el ámbito del mismo sentido en que se elaboraron los principios de cumplimiento de metas y objetivos.

.-Identificar los elementos necesarios para realizar la evaluación

Con el objetivo de realizar una evaluación que cuente con los aspectos técnicos fundamentales es preciso identificar los elementos necesarios para tal fin, de tal manera que si no se cuenta con dichos elementos, se construyan u obtengan antes de iniciar esta etapa, permitiendo evitar gastos y esfuerzos innecesarios.

Por lo tanto se deben identificar 3 elementos:

Calidad en la planificación o programación de la política.

Existencia de información necesaria (cantidad y calidad).

Capacidad de gestión de la administración en relación con la evaluación (recursos humanos y presupuestales disponibles, implicación de los gestores en la evaluación). Ver tabla 7.

Tipos de evaluación.

**Tabla 7.** Tipos de evaluación

TIPO DE EVALUACIÓN		
¿QUIÉN EVALÚA?	TEMPORALIDAD DE LA EVALUACIÓN	CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN
- Interna	- Ex ante	- De proceso
- Externa	- Intermedia	- Resultados e impacto
	- Ex post	

Fuente: Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales.

2011

Decidir el tipo de evaluación que se va a realizar, por lo tanto:

De acuerdo con quien evalúa:

.-Interna: Realizada por personas que gestionan o ejecutan la política, la cual presenta como ventaja el conocimiento de la política y sus acciones.

.-Externa: Realizada por especialistas externos, instituciones, entidades, organismos, sociedad civil, entre otros, teniendo a su favor la objetividad e independencia de la evaluación. Sin embargo, tiene el riesgo de realizarse alejada de la gestión del programa y de los tomadores de decisiones, con lo que se atenta contra la disponibilidad de éstos para suscribir, comprometerse y actuar en consecuencia con los resultados de la evaluación.

Basado en lo anterior se pueden conformar equipos de trabajo mixtos para realizar la evaluación.

De acuerdo con la temporalidad:

Muchos de los conceptos de la evaluación la definen como la valoración de los resultados de la política, no obstante la evaluación se utiliza para analizar procesos de diseño e implementación de las políticas.

#### Ex-ante:

La evaluación ex – ante (realizada antes de ejecutar la política) es un procedimiento metodológico por medio del cual las políticas son cualificadas para establecer si su orden lógico propuesto cumple con las características mínimas y calidad técnica requerida para responder al problema planteado y su factibilidad de realizar, de impactar indicadores y de generar nuevos procesos en una dinámica de mejoramiento prospectivo con las condiciones de una situación de interés inicial <sup>20</sup>.

Tiene el objetivo de identificar las actividades que responden a las necesidades declaradas, específicas y medibles con el fin de maximizar la eficiencia los recursos y obtener los resultados y el impacto esperado.

Dentro del proceso del ciclo de política pública este tipo de evaluación se realiza después de la identificación del problema y la formulación de las alternativas de solución. Teniendo en cuenta que esta evaluación se realiza con la finalidad de determinar la conveniencia de la política se debe identificar, cuantificar y valorar los costos, beneficios y las diferentes alternativas posibles.

Para dar cumplimiento a lo anterior, existen varias técnicas tales como: Costo – Beneficio basada en indicadores que valoran y cuantifican los costos y beneficios de la política; Costo- Eficiencia, la cual valora los costos y cuantifica los beneficios; y la técnica Costo- Mínimo que calcula el costo de la política asumiendo que las diferentes alternativas entre las cuales se va a tomar la decisión de realizar o no el proyecto resuelven de manera similar el problema.

#### Intermedia:

Se realiza en la ejecución de la política y consiste en el análisis crítico del conjunto de datos recogidos sobre el programa y en la medición de la forma en la que los objetivos

---

<sup>20</sup> Ortega Cristhian, Rodríguez Alexandra. Algunos aspectos referentes a la evaluación de prospectos – La evaluación ex – ante.otas generales para su utilización. En: Evaluación e investigación de soportes. Universidad Piloto de Colombia, 2006.

perseguidos están siendo alcanzados, explicando las diferencias y estimando anticipadamente los resultados finales de la intervención.

Estas evaluaciones generalmente realizan análisis de los sistemas de seguimiento, lo apropiado de dichas intervenciones estatales, la viabilidad de los objetivos con el fin de retroalimentar el proceso de ejecución de la política.

Ex-post:

Presenta dos objetivos:

Establecer si las proyecciones coincidieron o no, con los resultados realmente obtenidos y determinar las causas que pueden explicar satisfactoriamente por qué se logró la coincidencia entre los valores esperados y los realmente observados <sup>21</sup>.

Este tipo de evaluación se centra en obtener la información sobre costo de oportunidad de los recursos, la importancia de alcanzar las metas y su reconocimiento e importancia de los resultados generados por la ejecución de la política. Lo anterior significa que se deben incorporar las dimensiones relevantes del problema para realizar un adecuado análisis y generar una evaluación completa, lo cual implica revisar las posibilidades y restricciones institucionales, antecedentes y criterios de evaluación de los resultados.

De acuerdo con el contenido:

Evaluación de proceso:

Consiste en examinar la forma en la que se gestiona y ejecuta la política, esto es, su puesta en práctica. Trata de medir la capacidad de un organismo en relación con el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas y de valorar el grado de implicación de los gestores con dichas tareas, su actitud, formación, organización y la dotación de recursos para llevarlas a cabo óptimamente. Por otro lado, la evaluación de

---

<sup>21</sup> Ortega Cristhian, Rodríguez Alexandra. La evaluación ex – post. Notas generales para su utilización. En: Evaluación e investigación de soportes. Universidad Piloto de Colombia. Año 2006.

la gestión supone el estudio de la organización encargada de gestionar el programa y de sus procedimientos y criterios de funcionamiento interno. Por tanto, afecta a todos los aspectos que influyen en la puesta en marcha de las actuaciones que llevarán a la ejecución física y financiera de las políticas<sup>22</sup>.

Esta evaluación se puede implementar teniendo en cuenta la metodología de las tres E y tres D, la cual establece los siguientes criterios: Ver tabla 8.

**Tabla 8.** Las tres "E" y las tres "D".

"Las tres E" y "Las tres D"	
LAS TRES E	LAS TRES D
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Economía:</b> utilización de los recursos con criterios de utilidad y asignación adecuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diagnóstico:</b> estudio de la realidad sobre la que se pretende intervenir para planificar la actuación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eficacia:</b> logro de los objetivos propuestos sin tener en cuenta los costes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diseño:</b> formulación de iniciativas para resolver los problemas y establecer nuevas soluciones con estructuras y estrategias adecuadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eficiencia:</b> logro de los objetivos como el mínimo coste posible o maximización de los beneficios para un coste determinado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desarrollo:</b> ejecución de las soluciones como un proceso de aprendizaje superando las resistencias al cambio, redefiniendo problemas y soluciones.</li> </ul>

Fuente: Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales. 2011 Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universitaria. Guía para la Evaluación de Políticas Públicas.

Evaluación de resultado e impacto:

Trata de conocer hasta qué punto la política aplicada está consiguiendo los objetivos establecidos (cuando es con referencia a objetivos) o está alcanzando los parámetros o criterios de valor definidos (cuando la evaluación no está centrada en objetivos), y a que

<sup>22</sup> Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universitaria. Guía para la Evaluación de Políticas Públicas. México.

costo se consiguen (en términos de tiempo, recursos humanos, recursos materiales y monetarios). En el primer caso estamos ante una evaluación de eficacia mientras que cuando se consideran los costes hablamos de evaluación de la eficiencia <sup>23</sup>.

En primera instancia se realiza una evaluación de resultados basado en los objetivos inmediatos y directos generados por la política, donde se analiza los efectos sobre los beneficiarios.

En segunda instancia, en la evaluación de impacto se deben determinar y cuantificar los efectos y cambios que se han producido en la población objetivo, midiendo sus características antes, durante y después de la Intervención, luego de identificar la magnitud del cambio es necesario establecer hasta qué punto se debe a la política y no a otros factores.

Recolección, procesamiento y análisis de la información.

Es necesario identificar la información (Fuentes, periodicidad, proceso de cálculo, desagregación, entre otros) y los sistemas que se emplearán para procesar la información recolectada. Adicionalmente, se requiere involucrar a todo el equipo de trabajo en el análisis de la información.

Decisión sobre cómo utilizar, aplicar y difundir los hallazgos.

Basado en los resultados de la evaluación se debe decidir la utilidad de los mismos, especialmente de los hallazgos encontrados con el fin de cumplir con el objetivo planteado en la evaluación como proceso para retroalimentar la política y generar resultados para la toma de decisiones.

---

<sup>23</sup> *Ibíd.*

### 3.5 Política de salud oral

En el año 2004, existía la política a cumplirse para el año 2010 cuyo propósito central era lograr una condición de salud oral sostenible, mediante el abordaje de los determinantes y protección de la salud oral de la población, fortaleciendo el ejercicio de la ciudadanía con la intervención de la rectoría territorial de la salud que acompañará la reorganización de las formas de atención.

Esta política contenía tres grandes ejes, que fueron: a.-La construcción social de condiciones para la salud oral; b.-la garantía del acceso a los servicios de salud oral y el c.-monitoreo a las condiciones de salud oral. Este último eje contenía la estrategia de la vigilancia epidemiológica de la salud oral que permitiría determinar la frecuencia, el comportamiento de las patologías orales, así como los factores determinantes, realizando acciones sobre los problemas que afectan la salud oral de la población con el fin de mejorar su equilibrio biosocial.

Para el año 2007 se desarrolló el estudio piloto del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, SISVESO, para evaluar la estrategia propuesta para el funcionamiento del subsistema. Una vez implementado el subsistema en Bogotá, ha permitido obtener datos epidemiológicos de los seis eventos de notificación que se vigila, como son la caries dental cavitacional, la lesión mancha blanca, la lesión mancha café, la fluorosis, la gingivitis y la periodontitis.

Actualmente, en la Secretaría de Salud de Bogotá, se tiene el documento que se construyó denominado *“Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. con participación social para el decenio 2011-2021”* y en la tabla de contenido se presenta lo siguiente:

La introducción.

En un primer capítulo contiene: el marco de referencia compuesto por los marcos político, normativo y situacional. El marco situacional se amplía con la demografía, los determinaciones sociales de salud oral en Bogotá, el análisis de la situación de la salud oral, (representaciones sociales, conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral, los

problemas de salud oral) los servicios de salud oral en Bogotá, la información en salud oral en Bogotá y el marco conceptual.

Un segundo capítulo la contiene la estructura de la política compuesta por ejes.

El primer eje denominado, **“Gestión de la política de salud oral”**, se amplía el contenido con las consideraciones temáticas sobre el eje, la problematización. Las líneas estratégicas de acción de la gestión política son: gestión distrital, local y territorial). La movilización social por la salud oral, el fortalecimiento institucional para la acción intersectorial e interinstitucional y la gestión de los enfoques de equidad y diferencial en la política.

El segundo eje denominado **“Modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral”**, con consideraciones temáticas sobre el eje, la problematización, las líneas estratégicas de acción del modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral, los cuales son: la gestión de los servicios de salud oral, el modelo de atención en salud oral, el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud oral y los sistemas de información y vigilancia epidemiológica.

El tercer eje denominado **“Fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico”**, con las consideraciones temáticas sobre el eje, la problematización, las líneas estratégicas de acción para el fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico los cuales son: la dignificación de las condiciones de trabajo, la prevención de las enfermedades y accidentes profesionales, la educación continuada y permanente del talento humano y el fortalecimiento de la relación docencia/servicio.

El cuarto eje denominado **“Producción y circulación de conocimiento”**, con las consideraciones temáticas sobre el eje, la problematización, las líneas estratégicas de acción para la producción y circulación del conocimiento, las cuales son: la creación y captación de conocimiento en salud oral, el compartir los conocimientos de salud oral generales en la ciudad y socializar y democratizar el conocimiento en salud oral.

Se cierra con la bibliografía.

Resumiendo los cuatro (4) ejes, a.-la gestión, b.-el modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral, c.-el fortalecimiento del talento humano y d.- la producción y circulación del conocimiento, que determina la forma y el cómo los procesos apuntan al mejoramiento de la salud oral de la población en Bogotá.



## **4. Aspectos metodológicos de la investigación**

### **4.1 Tipo de estudio**

El presente estudio corresponde a una investigación cualitativa de evaluación de política pública, teniendo como metodología de análisis el enfoque de ciclo de política es su fase de formulación.

### **4.2 Estrategias de investigación**

Para identificar los momentos y comprender la formulación de la política de salud oral, de Bogotá, como también conocer su contexto, se definieron como estrategias centrales lo siguiente:

#### **4.2.1 Revisión documental**

La revisión documental se hizo por fases, las cuales fueron:

- Fase 1: Búsqueda, ubicación y consulta de fuentes primarias, relacionadas con el objeto de investigación.
- Fase 2: Selección de documentos disponibles que se aproximaban al tema de investigación, como información en documentos físicos o en páginas web. (fuente secundaria).
- Fase 3: Selección de la técnica de análisis de los documentos, mediante la clasificación, valoración y análisis de las fuentes enunciadas en las anteriores fases.

#### **4.2.2 Entrevistas semiestructuradas (fuente primaria)**

Se utilizó como herramienta cualitativa, la entrevista semi estructurada que es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree (Spradley

1979:9) de una situación en la cual una persona (el investigador-entrevistador) obtiene información sobre algo, interrogando a otra persona (entrevistado, informante). Esta información suele referirse, al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o estándares de acción, y a los valores o conductas ideales. Existen variantes de esta técnica; hay entrevistas dirigidas que se aplican con un cuestionario preestablecido, semi estructuradas, grupos focalizados en una temática, y clínicas (Bernard 1988; Taylor & Bogdan 1996; etc.). La entrevista es una situación cara-a-cara donde se encuentran distintas reflexividades pero, también, donde se produce una nueva reflexividad. Entonces la entrevista es una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación.

La entrevista acompaña dos grandes momentos: el de apertura y el de focalización y profundización. En el primero, el investigador debe descubrir las preguntas relevantes; en el segundo, implementar preguntas más incisivas de ampliación y sistematización de esas relevancias (McCracken .1988).

Para el caso de la investigación, las entrevistas semiestructuradas tuvieron en cuenta los objetivos del estudio, realizándose preguntas abiertas, permitiendo que el entrevistado aborde el tema de manera abierta, sin condiciones preestablecidas y se dispuso de un guion o pauta, que contenía los temas que se iban a tratar a lo largo de las entrevistas, aunque era libre de formular las preguntas que consideraba pertinentes en ésta.

Los criterios a tener en cuenta para escoger a los actores clave o informantes fueron los siguientes:

□□ Experticia: las personas convocadas, se seleccionaron por ser personas conocedoras del tema y que participaron de los procesos construcción de la política de salud oral de Bogotá, durante el momento de la formulación.

□□ Organizaciones: ejercer o haber ejercido cargos donde se identifique que fueron partícipes de la política de salud oral.

□□Disponibilidad: los informantes clave, dedicaron de su tiempo entre hora y media y dos horas, para responder las entrevistas. Fueron personas que aceptaron de manera voluntaria colaborar y responder las preguntas planteadas en las pautas de la investigación.

Teniendo en cuenta los criterios de selección para escoger a los actores claves, se determina que el sitio geográfico para entrevistar a los participantes fue en la ciudad de Bogotá, con fechas concertadas entre mayo a julio de 2014. Las entrevistas fueron grabadas por medio de audio, se transcribieron y analizaron.

En la construcción de la guía de las entrevistas, las categorías de abordaje correspondían a los elementos propios del enfoque de ciclo de política, en la fase de formulación siendo éstas las siguientes:

- Definición de los problemas
- Definición de la agenda
- Establecer objetivos.

### **4.3 Sistematización y análisis de la información**

Se diseñó una matriz, con el fin de organizar y sistematizar los resultados de la búsqueda documental, además se hicieron resúmenes de los documentos más importantes.

Se realizó revisión de documentos de la Asociación colombiana de facultades de odontología, (ACFO), quien fue la institución encargada de reestructurar el documento de la política pública del año 2004 y que tuvo como resultado la generación de la política del 2011.

El proceso desde 2004 hasta la 2011, se sistematizó teniendo en cuenta estas categorías y se realizó una aproximación analítica descriptiva del proceso de formulación de la política



## 5. Resultados

### 5.1 Revisión documental

Los aportes de la revisión documental permitieron identificar dos momentos que se dicen a continuación:

El **primer momento** fue la identificación y construcción de la política de salud oral de 2004, que se gestó con la intención de tener un documento que tuviera una apuesta ética y política de la salud oral en el Distrito Capital.

El documento surge en la Dirección de Salud Pública, en el área de Análisis y Políticas, como el resultado de un convenio técnico administrativo. El documento consolida diferentes aspectos que permitieron definir líneas de acción, lineamientos de política de salud oral para Bogotá, la cual se construyó a partir de la elaboración de un diagnóstico situacional, la revisión de evidencias disponibles de lo más reciente en el momento. Se definió el propósito, los objetivos, las líneas de acción y el plan de acción que precisó el rumbo de las acciones y metas a cumplir hacia el año 2010.

El documento de política fue lanzado por el alcalde Luis Eduardo Garzón en el plan de gobierno *“Bogotá sin indiferencia”* y teniendo como lema *“Porque la salud está en boca de todos y todas”* y con el logo distintivo que se utilizaba y utiliza en las acciones a desarrollar y en documentos de resultados de las actividades propuestas.

Este primer momento de su desarrollo en el año 2004, y al firmar el “pacto por la salud oral”, publicando los lineamientos de la política, marca a la entidad de salud distrital, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, (SDS), a Colombia y Bogotá, en tener la primera política pública de salud oral. Este documento tuvo vigencia hasta el año 2010 y fue tenido en cuenta para la construcción de la política de salud oral 2011-2021.

En el año 2010 y tras reuniones de concertación, se genera el **segundo momento** de la política de salud oral, teniendo en cuenta, el primer documento de política y realizándose un contrato con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, quienes son los responsables de la propuesta de ajuste a la política de salud oral de Bogotá. De los resultados de este convenio surge el documento Política de Salud Oral de Bogotá, con participación Social para el decenio 2011-2021

### 5.1.1 Definición de problemas

La formulación de una política pública se da, cuando un problema llega a ser percibido colectivamente como una situación socialmente problemática. Se puede definir un problema público como una situación que afecta negativamente el bienestar de la población. Dentro de la concepción de los problemas públicos se contempla la imposibilidad del individuo o los conglomerados para resolver este por sus propios medios, siendo necesaria la intervención del Estado para su resolución. (salud., 2008). Para la política de salud oral se identificó la problemática, teniendo evidencias cuantitativas y cualitativas. Es de entender que la retórica sobre la problemática se ha definido en diferentes espacios, sin embargo no se identifican estudios profundos cualitativos, se observan más estudios cuantitativos. Los problemas identificados se presentan de acuerdo al ejercicio realizado para la construcción de los ejes de la política. Ver tabla 9

**Tabla 9.** Identificación de la problemática para la construcción del eje 1

PROBLEMÁTICA QUE PERMITIÓ LA FORMULACION DE LA POLITICA DE SALUD ORAL 2011-2021	
IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA .	GENERACION DE LA RESPUESTA EN COMPONENTES O EJES DE LA POLITICA
• Respuesta social fragmentada a los problemas de salud oral de Bogotá.	<b>1. Gestión de la política de salud oral.</b>
• Debil incorporación de la participación social y comunitaria en la política.	
• Limitados avances en el trabajo intersectorial e interinstitucional.	

Fuente Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. 2011-2021.  
(Elaboración propia: Rosa Nubia Malambo Martinez).

La definición de los problemas se identificó así:

**Respuesta social fragmentada a los problemas de salud oral de Bogotá.**

Se evidenció en la desarticulación de las acciones de orden individual y colectivo, las de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad.

Problemas de coordinación institucional entre los niveles locales y distritales en la dificultad de establecer procesos de trabajo conjunto entre entidades públicas, privadas, aseguradoras, prestadores de servicios de salud y de diferentes sectores. La figura del coordinador de salud oral es poca y ello ha permitido que no haya liderazgo en el tema de la salud oral y si existe la figura de coordinador, solo se limitan a observar la prestación de servicios y minimizan la importancia de construcción de planes innovadores, mejor gestión, consecución de recursos, seguimiento de evaluación de planes y programas.

**- Débil incorporación de la participación social y comunitaria**

En la política y la no construcción de un enfoque conceptual compartido por diferentes actores, además que no se identifican como actores agencias privadas, ONGs, empresas o formas de organización privadas. A su vez la salud oral en Bogotá no aparece como un asunto que se reflexione sistemáticamente en los espacios definidos desde la institucionalidad por lo tanto está aún lejos de ser considerada un bien social valorado como positivo y deseable.

**- Limitados avances en el trabajo intersectorial e interinstitucional.**

Estos fueron, la 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.

Los problemas identificados para la construcción del segundo eje 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 cuente con los recursos técnico científico para enfrentarla. Ver tabla 10.

**Tabla 10.** Identificación de la problemática para la construcción del eje 2

<b>PROBLEMÁTICA QUE PERMITIÓ LA FORMULACION DE LA POLITICA DE SALUD ORAL 2011-2021</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA .</b>	<b>GENERACION DE LA RESPUESTA EN COMPONENTES O EJES DE LA POLITICA</b>
• Persistencia de múltiples barreras de acceso y oportunidad de los servicios.	<b>2.-Modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral.</b>
• 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.	

Fuente Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. 2011-2021. (Elaboración propia: Rosa Nubia Malambo Martinez).

Los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos realizados en estos 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 resolutive de los servicios de salud. (Para corroborar o descartar esta afirmación se esperan los resultados de la cuarta encuesta nacional de salud bucal ENSAB IV). 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 o actividades de salud oral en la ciudad.

Las principales debilidades encontradas fueron: Persistencia de múltiples barreras de acceso y oportunidad de los servicios; falta de 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 y a la accesibilidad y oportunidad en los servicios de salud oral.

#### **.- Persistencia de múltiples barreras de acceso y oportunidad de los servicios**

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.

**.-Otro punto es la 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. 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, 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 conllevar 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 citaron: 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.

**.-Otro punto de identificación fue la 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, 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.

#### **.- Insuficiente 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.

Para el modelo pedagógico tradicional es una relación asimétrica, memorística, repetitiva y centrada en la enfermedad. Por lo tanto los equipos de salud no tienen 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. 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.

#### **.- 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. No existe tiempo suficiente para 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.

### **.-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.

### **.-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.

Los problemas identificados para la construcción del tercer eje. Ver tabla 11.

**Tabla 11.** Identificación de la problemática para la construcción del eje 3

<b>PROBLEMÁTICA QUE PERMITIÓ LA FORMULACION DE LA POLITICA DE SALUD ORAL 2011-2021</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA .</b>	<b>GENERACION DE LA RESPUESTA EN COMPONENTES O EJES DE LA POLITICA</b>
• Condiciones laborales- Tipo de contratación.	<b>3.-Fortalecimiento del talento humano odontológico</b>
• La enfermedad profesional y los accidentes de trabajo.	
• Idoneidad del talento humano odontológico.	
• Formación del talento humano odontológico.	

Fuente Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. 2011-2021.(Elaboración propia: Rosa Nubia Malambo Martinez).

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 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 e sí mismos(as) y de su propia práctica, lo cual requiere un tiempo de apropiación.

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. La 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.

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. Estos 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.

#### **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 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.

### **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.

Los problemas identificados para la construcción del cuarto eje. Ver tabla 12.

**Tabla 12.** Identificación de la problemática para la construcción del eje 4

<b>PROBLEMÁTICA QUE PERMITIÓ LA FORMULACION DE LA POLITICA DE SALUD ORAL 2011-2021</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA .</b>	<b>GENERACION DE LA RESPUESTA EN COMPONENTES O EJES DE LA POLITICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No identificación de masa crítica de investigadores.</li> <li>• Campo científico discontinuo, atomizado, fragmentado.</li> <li>• No existe agenda de prioridades de investigación en el campo de la salud oral.</li> <li>• Escaso grado de sensibilidad frente a las posibilidades que da la investigación a la administración y a la gestión de la política.</li> </ul>	<b>4.-Producción y circulación del conocimiento.</b>

Fuente Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. 2011-2021.(Elaboración propia: Rosa Nubia Malambo Martinez).

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.

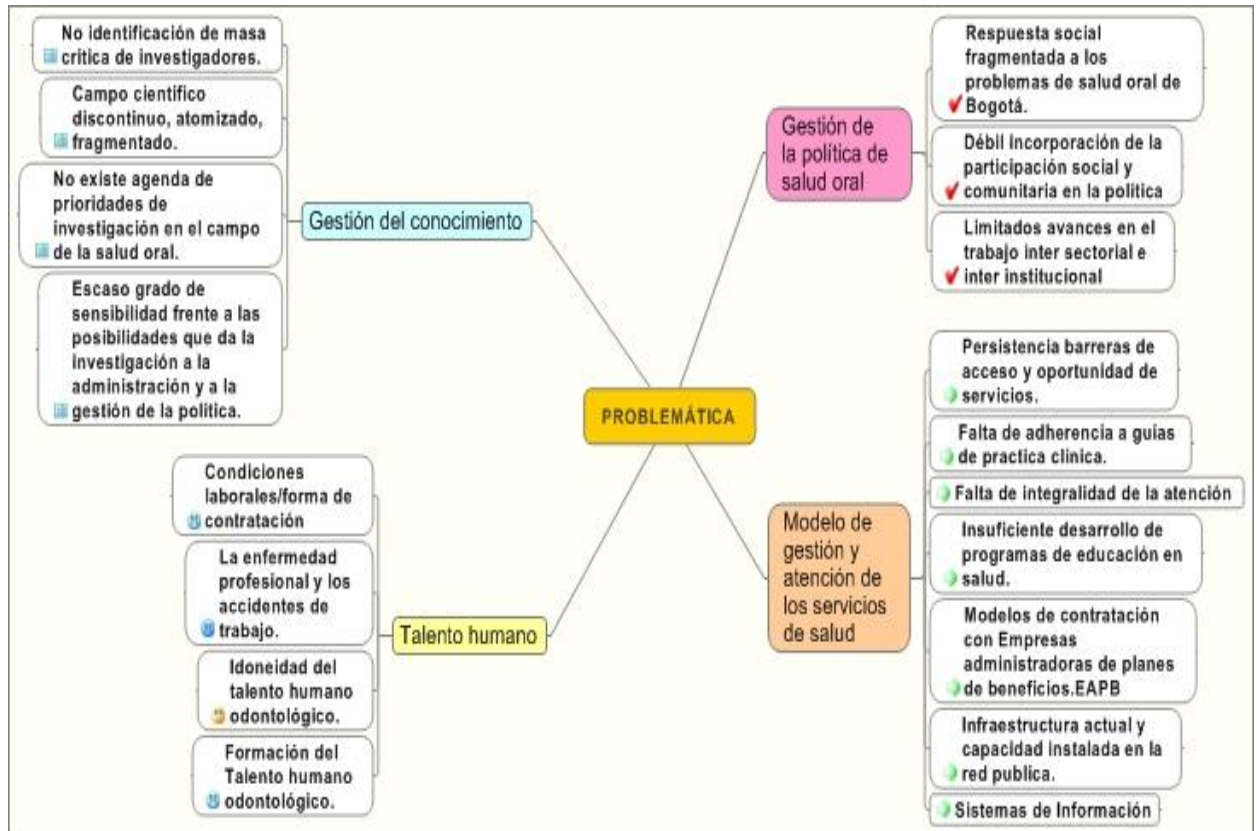
De otra parte, la investigación que demanda la comprensión de los problemas de salud oral de la ciudad, es más bien casuística, espontánea y poco direccionada. No existe una agenda de prioridades de investigación en el campo de la salud oral, como tampoco procesos de concertación en curso que permitan 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.

**Figura 2.** Consolidación de problemática

Fuente: Política de Salud Oral de Bogotá, 2011-2021. (Elaboración propia. Rosa Nubia Malambo Martínez.)

### 5.1.2 Definición de la agenda política

En el ciclo de las políticas, una vez que una situación es percibida como problemática, por diferentes actores, para el caso de la política de salud oral, es el gremio odontológico que tradujo en su lenguaje los problemas, solicitando una acción pública, buscando que los problemas se inscribieran en una agenda del sistema político.

Según André Noel Roth Deubel, (Deubel, 2002), página 61, en los modos de la inscripción en la agenda política, existen tres condiciones para que un problema logre su inscripción, en la agenda gubernamental. La primera es que el tema tiene que ser competencia de autoridades públicas, es decir, que se percibe a las autoridades públicas, como capaces u obligadas a hacer algo. La segunda condición es que la distancia entre el deber ser y el ser resulte suficientemente acentuada como para exigir un acción política y la tercera condición es que los problemas tienen que presentarse bajo un

código o lenguaje adecuado (de forma técnica, ideológica, y política) para que la autoridad pública pueda tratarlo. Por lo tanto se cumplen las condiciones para entrar a la agenda política.

En la elaboración de la agenda pública se aborda la revisión previa de marcos, normativa, conceptual, ética, política y analítica.

En la política se identifica el marco normativo que permite aclarar la elaboración de la agenda política. Este **marco estructural normativo**, se identifica desde el año 1992, hasta el 2012, y es el siguiente:

En el año **1992**, mediante la **resolución 6568 el Ministerio de Salud** se crea el comité a nivel nacional y territorial para vigilancia de fluoración y yodación de sal de consumo humano. Esta norma es relacionada con la prevención de la caries dental y el bocio.

En el siguiente año **1993**, por la **Ley 38** se unifica el sistema de dactiloscopia y adopta la Carta Dental para fines de identificación. Esta ley, se direcciona al inicio de los sistemas de información y obliga a consultorios odontológicos, tanto públicos como privados en levantar Carta Dental y mantener su respectivo archivo.

Para el año **2000**, mediante la **resolución 412**, se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento. Se adoptan 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. La norma se relaciona con prevención y atención.

En el año **2004**, se genera en Bogotá, el **primer documento de política distrital de salud oral**, si bien es cierto que la política en mención no tuvo acto administrativo tenía como objeto que los habitantes del Distrito Capital gozarán de un buen estado de salud oral, con el concurso de los distintos actores involucrados en la preservación de la misma, gracias a la garantía de condiciones que la favorezcan y al acceso a los servicios preventivos, curativos y de mantenimiento, con especial énfasis en la población infantil de

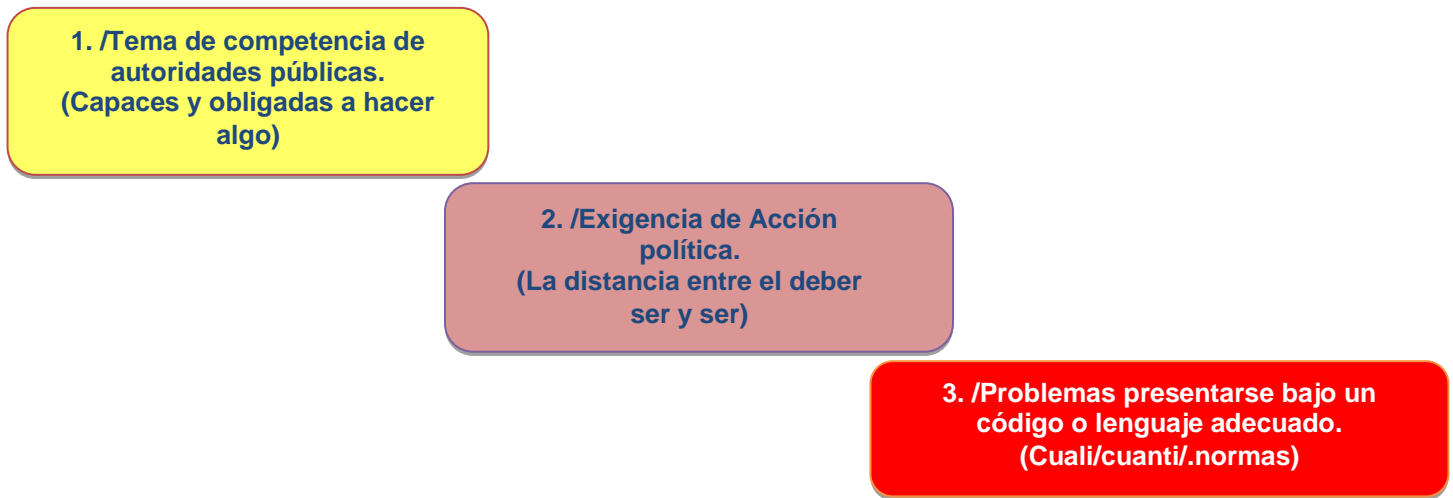
5 a 14 años y mujeres gestantes en la búsqueda de garantizar progresivamente cobertura universal.

En el año **2006**, surgen dos normas nacionales que favorecen y potencializan las acciones en pro al mejoramiento de la salud oral los cuales fueron: **el Decreto 3518**, que tiene como objeto “...*Crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA*. Este decreto favoreció la implementación del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral denominada con la sigla SISVESO, en el Distrito Capital. A su vez, se emite la **resolución 3577**, nombrado “*El Plan Nacional de Salud Bucal*” que incluye líneas estratégicas relacionadas como la garantía del acceso a los servicios, gestión de la salud bucal en los territorios, gestión integral del recurso humano, gestión de la información. El objetivo general es establecer parámetros tendientes a mejorar las condiciones de salud bucal, a través de la concertación de estrategias y modelos que permitan el mejoramiento de los procesos para el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, la prestación de servicios, la coordinación e integración del recurso humano, y el conocimiento de los derechos y deberes relacionados, como aporte al logro de condiciones favorables de salud general. Y tiene como objetivos específicos el mejorar los indicadores de salud bucal, como aporte a la calidad de vida de las personas; definir y desarrollar estrategias para el uso de la información en salud bucal y de modelos de vigilancia, que soporten los logros e identifiquen oportunamente las acciones a seguir.

Para el año **2007**, mediante la **Ley 1122**, se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Una de las modificaciones en el SGSSS, es la definición de un nuevo Plan Nacional de Salud Pública, de intervenciones colectivas y el cual reemplazará el Plan de Atención Básica. El **Artículo 33 del Capítulo VI** establece que el Gobierno Nacional **definirá el Plan Nacional de Salud Pública**, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo y tendrá como objetivo la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables. Por lo anterior en este mismo año (2007), se adoptó el **Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010**. 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 pública. Este decreto establece que debe realizarse la cuarta encuesta nacional de salud bucal o ENSAB IV.

Para el año **2011**, mediante la **Ley 1438**, se reforma el sistema general de seguridad social en salud, se 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 tiene como marco la estrategia de Atención Primaria en Salud (**APS**), que 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.

Para el año **2012**, la **resolución 4505**, establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en los servicios de salud, para su integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Así mismo, surge el **Plan decenal de Salud Pública, 2012-2021**, que es un pacto social y mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia. El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), es una carta de navegación que plantea línea de trabajo, para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública. Se asemejan los problemas y necesidades diferenciados por dimensiones y regiones, donde una de las dimensiones prioritarias es la *“vida saludable y condiciones no transmisibles”* que permiten identificar como desafío prioritario la salud bucal en la región de Bogotá, Cundinamarca, central, oriental y caribe. Para el manejo de la dimensión *“vida saludable y condiciones no transmisibles”*, se presentan objetivos, metas a cumplir al 2021, definiendo estrategias donde las **normas, políticas, planes y programas sectoriales han de ser implementados, evaluados y monitoreados, siendo incluida la salud bucal en el componente “condiciones crónicas prevalentes”** donde se plasma el abordaje a las alteraciones de la salud bucal. (18) (Social., 2013)

**Figura 3.** Definición de la agenda política.

**Fuente: Políticas Públicas. André-Noel Roth Deubel.2012.  
(Elaboración propia. Rosa Nubia Malambo Martínez.)**

### 5.1.3 Establecimiento de objetivos

El propósito de la fase de formulación es identificar con precisión respuestas integrales a los factores determinantes de las situaciones, condiciones o problemáticas identificadas.

En la primera fase de la formulación, se desarrollaron las siguientes etapas:

- **Eta** **pa 1: Reunión Distrital. (Conocimiento de actores y primeras propuestas para elaborar los lineamientos distritales).**

En 2010, la Secretaria de Salud convocó a los representantes de hospitales, academia y de la SDS, donde se compartieron experiencias importantes, en temas de salud oral. Los actores pertenecían a la Universidad el Bosque, universidad Colegios de Colombia- UNICOC-, Universidad Nacional, Universidad Javeriana, Hospitales como: Tunjuelito, Suba, Pablo VI Bosa, Hospital Centro Oriente, Hospital del Sur, Hospital Meissen, Rafael Uribe, Engativá, Vista Hermosa, Chapinero, Fontibón, Usme, San Cristóbal, Nueva EPS, Fondo salud, Mederi, Corvesalud, Instituto Campo Alto, Colsubsidio, Corporación Vida y

Tierra, Colsanitas, Cafam, Golden Group, Compensar, Salud Total, Colmedica, multimedicas.

En esta reunión se aunaron esfuerzos de diferentes actores o entidades, con el fin de iniciar propuestas para elaborar los lineamientos de la política.

Se construyeron 4 fases de trabajo, las cuales fueron:

- ✓ Referentes conceptuales y balance de la implementación de la política.
  - i) Reuniones del equipo de trabajo.
  - ii) Reconstrucción del proceso de gestión de la Política de Salud Oral en el Distrito Capital- Entrevista Grupal.
  - iii) Taller participativo: Trazando la ruta: *“La política de salud oral para el nuevo decenio”*.
  - iv) Análisis documental de fuente secundaria.
  - v) Del balance general de la política a la identificación de propuestas preliminares para su ajuste.
  
- ✓ Definición y construcción de los marcos de referencia y de los lineamientos de la política pública de la salud oral.
- ✓ Socialización, consensos, y ajustes de la propuesta, con el equipo de la Secretaria de Salud.
- ✓ Socialización de la política pública distrital de salud oral, para el decenio 2010-2020 y avance en la formulación del plan de acción. ( Inicialmente la política estaba para éste periodo de tiempo, se amplió por procesos administrativos de cumplimiento de entrega de informe)

- **Etapas 2: Elaboración y Publicación del Documento. 2011**

Con los aportes de la reunión de integrantes, conocedores de la salud oral y con el reto aceptado por los presentes, de participar en las reuniones que permitieran el compromiso de impulsar el ajuste de la política de salud oral, con el apoyo de diversas entidades, se continuaron con reuniones concretas para elaborar el documento distrital, para el desarrollo de la política, con el título *“Política de salud oral de Bogotá, D.C con participación social para el decenio 2011-2021”* publicado en 2011.

Los componentes de la política o ejes son 4, definiéndose las estrategias para su desarrollo (el qué) y el cómo dilucidar el cumplimiento de la estrategia (el cómo). Ver tabla 13.

**Tabla 13.** Resumen componentes de la política de salud oral. 2011-2021

RESUMEN DE LA POLITICA DE SALUD ORAL 2011-2021		
COMPONENTES DE LA POLITICA	EL QUE	EL COMO
1. Gestión de la política de salud oral.	Gestión distrital, local territorial.	Existencia de plan distrital y los demás objetivos en el eje.
	Movlización Social por la Salud Oral.	Existencia de planes con participación comunitaria
	Fortalecimiento Institucional para la accion intersectorial e interinstitucional.	Participación de actores
	Gestión de enfoques de equidad y diferencial en la política.	Programas distritales que incluyan respuestas integrales en salud oral
2.-Modelo de gestión y atención de los servicios de salud oral.	Gestion de los servicios	Acceso, oportunidad, continuidad, integralidad de la atención en salud
	Modelo de atencion en salud oral	Modelo de atencion diseñado e implementado.
	Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud oral.	Redes de prestación de servicios
	Sistemas de informacion y vigilancia epidemiologica.	Sistema de información de la gestión en salud oral implementado.
3.-Fortalecimiento del talento humano odontológico	Dignificación de las condiciones de trabajo	Número de odontólogos de ESE, EAPB( Tipo de contratación y seguimiento)
	Prevencion de las enfermedades y accidentes profesionales	Sistema de reporte de enfermedades o accidentes de trabajo
	Educacion continuada y permanente del talento humano	Plan anual de educacion continuada
	Fortalecimiento de la relación docencia /servicio	Convenios docencia /servicios
4.-Producción y circulación del conocimiento.	Creacion y captacion de conocimientos en salud oral	Agenda distrital , priorizada y concertada de investigación en salud oral.
	Compartir los conocimientos de salud oral generados en la ciudad.	Plan de evaluación de planes , programas y proyectos de Salud Oral.
	Socializar y democratizar el conocimiento en salud oral	Portal Virtual de la política. (Funcionando) Socialización de experiencias en salud oral

Fuente Política de Salud Oral de Bogotá, D.C. 2011-2021.(Elaboración propia: Rosa Nubia Malambo Martinez).

- **Etapas 3: divulgación a nivel Distrital.**

Con el fin de dar a conocer la política de salud oral a nivel distrital, en el año 2010, se realizó en Bogotá, la primera presentación, en donde participaron representantes de la academia, Empresas Sociales del Estado, EPS, IPS, el grupo funcional de salud oral de la SDS, estudiantes de las facultades de odontología de Bogotá, auxiliares de salud oral, teniendo momentos como la instalación, la presentación de la política, la contextualización y el desarrollo del plan de acción. Lo anterior permitió de manera tácita el impulsar la política de salud oral de Bogotá.

## **5.2 Resultados de entrevistas realizadas a informantes clave relacionadas con la política pública de salud oral**

### **Identificación de los momentos de la formulación de la política**

Todos los actores identificaron que hubo dos momentos en la formulación de las políticas de salud oral de Bogotá. La primera definida en el año 2004 y la segunda en el año 2011.

La política formulada en el año 2004, el gobierno distrital se adelanta o hace claridad de la problemática de salud oral en la ciudad para intentar la formulación de la política pública de salud oral.

Para el Estado colombiano, la salud oral no ha sido una prioridad, salvo en el gobierno anterior donde se identifica como la tercera prioridad nacional. En el resto de gobiernos no lo fue. No es prioridad puesto que no la encuentra definida de manera clara en las políticas públicas nacionales, ni surge del gobierno nacional, ni en el ministerio de salud.

El distrito si le apunta a la formulación e implementación de una política desde el año 2002-2003, se identifica la problemática en la ciudad que le permitió en su momento formular y publicar la política hacia el año 2004.

Buscó el concurso de varios actores que identificaron que Bogotá debe mejorar las condiciones de salud oral. El gobierno hace que se fluorice la sal, facilitar la formación de facultades de odontología, formándose odontólogos, auxiliares, protésicos dentales. En cuanto al acceso a los servicios de salud es claramente definido en el plan de beneficios pero no el seguimiento mismo de eso. El Distrito buscó formular su política pública para hacer evidente el problema y para (con el concurso de los actores) alcanzar mejores niveles de salud oral en la ciudad.

Por lo tanto Colombia, construye la primera política de salud oral y se origina en Bogotá. Se reconoce a nivel distrital, pero no es reconocida a nivel nacional. Igualmente sucede con la política del 2011. Sin embargo se tiene conocimiento que en la ciudad de Medellín, se está en proceso de elaboración teniendo en cuenta los conceptos de la política distrital.

En Ministerio de Salud, no reconoce la política Distrital de Salud Oral, más exigió en el año 2012, resultados mensuales, del índice COPD- en niños de 12 años, generados en el Subsistema Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral, (SISVESO), para construir una línea de base. No existió un documento de retroalimentación allegada a la Secretaria de Salud, solo se presentaron resultados en conferencia magistral y son necesarias para realimentar la política Distrital. Los actores de la política son distritales, por ser pioneros, pero el Ministerio debe comportarse como actor nacional y respaldar la política distrital.

### **Definición de los problemas.**

Los actores identifican la problemática nacional desde la década del 70 y a nivel Distrital dependían de los resultados del III estudio Nacional de Salud Bucal realizado en el año 1998, por ello en el año 2001, se propuso identificar la problemática propia por medio de sistemas de información y sistemas de vigilancia epidemiológica incluidas en la política del 2004 y 2011.

Figura 4. Aprendizajes de la formulación de la Política de Salud Oral. Problemática- Agenda y Objetivos.

<b>PROBLEMATICA</b>	<b>AGENDA</b>	<b>OBJETIVOS</b>
La problemática identificada para formular la política esta probada.	<p>Se cumplieron las condiciones para agendar la política Publica de Salud Oral .</p> <p>Existen los marcos:</p> <p>Normativo. Conceptual. Ético. Analítico.</p>	<p>Los objetivos o cuatro (4) ejes de la Política, deben tener la misma importancia.</p> <p>Uno repercute en los otros.</p> <p>El qué y el cómo están transcritos en el documento de política, para el cumplimiento de objetivos, más NO, se observan las metas claras.</p> <p>(falencia)</p>

**Fuente: Análisis de la Política de Salud Oral.**  
(Elaboración propia. Rosa Nubia Malambo Martínez.)

### **Definición de la agenda**

La política de Salud Oral de Bogotá, fue asumida como política, desde la SDS, en cumplimiento del compromiso adquirido, tanto para los odontólogos, la academia y los organismos que son responsables de dar salud oral a la población, por medio de

atención. Es un documento que responde al control de las enfermedades orales en toda la población bogotana. Si se logra convertir en un lineamiento para afrontar los problemas identificados en pérdida de la salud oral (datos epidemiológicos) donde se requieren soluciones, la política daría una luz para la solución de los mismos. Está agendado pero no identifican la importancia que ello significa.

La mayoría de situaciones socialmente problemáticas son evidenciadas bajo la forma de una agenda política. La política de salud oral de Bogotá, fue una iniciativa distrital y un compromiso asumido por los representantes del gobierno distrital (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Empresas Sociales del Estado y la Academia, que aunaron esfuerzos para lograr consolidar lo necesario para el desarrollo de la política expuesta.

La agenda, aunque implícitamente aborda la problemática pública de salud oral, está expuesta en documentos internacionales, nacionales y distritales, se define en un documento concreto en el año 2004 para Bogotá, en la primera política de salud oral y se afianza con la política del 2011.

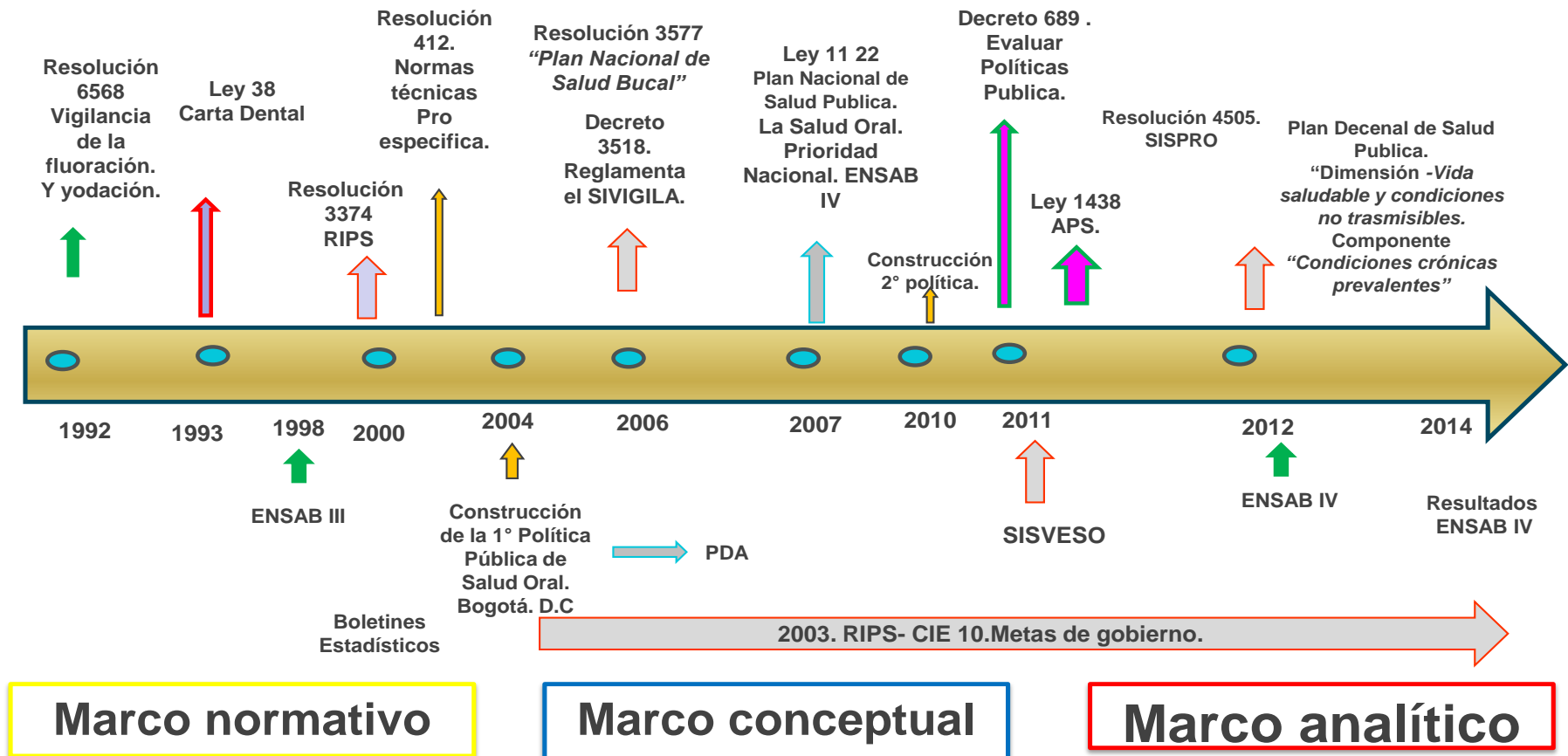
Sin embargo, el contexto internacional existe pero no se tiene en cuenta, uno de los actores recuerda lo planteado por la organización panamericana de la salud de culminar una agenda inconclusa que era un plan de acción desde el 2005 al 2015 en donde la acción es garantizar el acceso, disminuir la mortalidad dentaria que son propuestas acordadas por los ministros y que de una u otra manera se insertan en las políticas públicas de los estados del continente.

En el quehacer cotidiano se trabaja la cobertura, buscando que se cumpla el plan de beneficios a la población, que haya acceso, que haya continuidad de la atención y eso debe facilitar y disminuir las brechas entre los diferentes segmentos de la población en cuanto al acceso a los servicios de salud oral.

### **Establecer objetivos**

Los actores consideran que los objetivos están expuestos en la política, solo que no existe suficiente personal calificado y experto en el seguimiento de los objetivos propuestos y ello puede propender a no cumplirse a cabalidad lo expuesto de forma operativa para la implementación completa de la política.

**Figura 5.** Formulando la Política de Salud Oral. Agendamiento.



**Fuente:** Análisis de la Política de Salud Oral.(Elaboración propia. Rosa Nubia Malambo Martínez.)



## **6. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones**

En la política estudiada, se define el problema principal, las causas directas e indirectas en lo cuantitativo y lo cualitativo, sin embargo no delimita efectos. El objetivo general y los objetivos específicos se definen en lo cualitativo más no en lo cuantitativo, no obstante guardan coherencia con el problema principal y las causas definidas. Se nombran los actores involucrados, las acciones institucionales y las estrategias para alcanzar los objetivos, sin embargo no estipulan metas, acciones intersectoriales y transectoriales, mecanismos de implementación ni regulación derivada de la política en relación con el problema.

El método de análisis cualitativo interpretativo, permitió, alcanzar desde la observación “desde afuera”, el sello de una narración individual sobre el tema con las entrevistas a actores claves. Lo anterior se complementó con lectura de documentos que permitieron generar conocimiento.

El análisis de lo cualitativo, de la fase de formulación de la política de salud oral de 2011-2021, es un inicio que debe complementarse con un análisis cuantitativo, y entre ambas metodologías debe generarse una narrativa de la política pública de salud oral del Distrito. Es indudable que éste proceso debe crearse, máxime que la política se considera “joven”. Sin embargo publicada en el 2010 y analizada la fase de formulación en el 2014, ya debe tener un análisis que la complementan, (desde el primer año de desarrollo), no solo para cumplimiento de normas distritales, sino para identificar detalles en la misma que puedan ser ajustados. En la formulación de la política, la comunidad no se hace presente. Desde la Secretaría de Planeación Distrital, con el fin de aportar elementos que faciliten y ordenen el proceso de construcción de políticas públicas en la ciudad, se elaboró un documento denominado “Guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales” que pretende orientar el desarrollo de cada una de las fases que componen el Ciclo de Política Pública definido teóricamente, y

consolidado a partir de identificar los aspectos comunes en las diversas experiencias de construcción de política pública con que cuentan cada uno de los sectores de la administración pública de la ciudad. El documento mencionado debe en cuenta como apoyo para continuar con el seguimiento de evaluación de la política actual.

En el año 2014, hubo en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, la reestructuración de la entidad, con nuevas funciones y con cambios internos, que se ignora cuándo terminan. Este hecho puede repercutir en que las estrategias no avancen, sin embargo el seguimiento y la evaluación de la política, por norma distrital, pudiera favorecerla. La política pública de salud oral, se orienta en el enfoque integracionista donde prima la institucionalidad para llevarla a cabo y este punto no debe desconocerse.

En la formulación de la política debe tenerse en cuenta la concertación, la participación, los tiempos, metas y los costos de decisión. Más las metas, tiempos y costos no se reflejan en la política, sin embargo es de esperarse que en los planes de acción se muestren de manera secuencial por años.

A su vez se identifica que la política no debe estar desligada de lo que se pretende realizar a nivel nacional e internacional y que se deben abrir espacios para que Colombia asista de manera continua a diversos encuentros que identifiquen el *“cómo vamos como país en procura de mejorar la salud oral de los colombianos”* y que las entidades distritales de Bogotá, asistan y participen presentando resultados porque se han realizado muchos esfuerzos para solucionar la problemática y el presentar resultados en estos encuentros ayudan a identificar alianzas externas y afianzar las débiles alianzas internas, que permitirán en cumplir con los objetivos propuestos en la política pública de salud oral actual.

Como conclusiones se identificó que en la búsqueda histórica de documentos se define que la política del año 2004, no se evidencia análisis desde ningún enfoque metodológico. Por lo tanto no hubo evaluación de la política del año 2004 y se inició con el segundo documento o segunda política, como si la política fuera nueva.

A su vez, han pasado 4 años desde el lanzamiento de la segunda política, (febrero de 2010) y no ha sido evaluada.

Se percibe un letargo en las actividades a desarrollar.

Se aprecia un repunte en medios de comunicación, radio y televisión, que recuerdan la asistencia a los Empresas Sociales del Estado del distrito y a documentos parciales realizados por las direcciones de la SDS, responsables del seguimiento de las acciones, pero no se hace un análisis juicioso, cualitativo y cuantitativo global del desarrollo de la política.

En la formulación de la política del 2011, no se evidenciaron organizaciones comunitarias y ello le resta legalidad, máxime que la comunidad debe estar en las construcciones de lineamientos que le afectan positivamente.

Para la pregunta ¿Qué motivó la formulación de la política? Se evidencia que la problemática distrital en torno a las enfermedades orales y otros conceptos, es conocida y generó una motivación para solucionar lo identificado, formulándose la Política de Salud Oral Distrital.

La Universidad Nacional de Colombia- sede Bogotá, la facultad de odontología y la Secretaría Distrital de Salud, iniciaron desde la Dirección de Salud Pública, la formulación y generación de la primera política de salud oral distrital en el año 2004 y para el año 2010 se aumenta el número de actores quienes formulan la segunda política Distrital.

Para la pregunta, ¿Qué actores estuvieron involucrados y qué se ha conseguido desde entonces? Se evidencia que:

#### EN EL SECTOR PÚBLICO

- Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Secretaria Distrital de Salud.
- Dirección de Salud Pública.
- Área de análisis y Políticas.
- Aseguramiento-Desarrollo de Servicios- Planeación y Sistemas.
- Empresas Sociales del Estado.
- Universidad Nacional de Colombia.

#### EN EL SECTOR PRIVADO

- Asociación colombiana de facultades de Odontología. ACFO.
- Academia
  - ≈ Universidad el Bosque.
  - ≈ UNICOC.
  - ≈ Universidad Javeriana

#### OTROS ACTORES

- Nueva EPS, Fondo salud, Mederi, Corvesalud, Instituto Campo Alto, Colsubsidio, Corporación Vida y Tierra, Colsanitas, Cafam, Golden Group, Compensar, Salud Total, Colmedica, multimedicas.
- Gremio odontológico.

Se ha conseguido el formular la segunda política de salud oral Distrital, que contiene elementos para que se logre controlar las enfermedades orales más prevalentes y tener como visión tener comunidades sanas. Lo anterior redundará en cumplir metas distritales, nacionales e internacionales.

Para la pregunta ¿Cuáles fueron las reivindicaciones alcanzadas por analizar la Política de Salud Oral? Se evidencia que a partir del inicio del análisis de la política de Salud Oral (PSO), los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, sienten tener un lugar importante en el desarrollo de la misma y puede concluirse que la experiencia de un análisis dará pautas para ajustarla y empoderarse de lo que propone el documento a partir de sus componentes.

El análisis de la fase de formulación, debe retomar la interacción con otros sectores de la sociedad.

El reconocimiento de la problemática implica involucrarse en desarrollo de procesos que den lugar a decisiones locales en salud oral.

Se debe reforzar un sentimiento de identidad frente a la salud oral y será una vía de valoración y apropiación de la importancia de la salud oral en lo nacional, distrital, local y en lo territorial.

Se crea la expectativa de analizar en todas las fases del ciclo de políticas, la Política de Salud Oral.

En cuanto a las recomendaciones se identifican así:

#### RECOMENDACIONES PARA ACADEMIA

- Que los estudiantes y docentes conozcan la historia de la formulación de las Políticas de Salud Oral y su alcance distrital.
- Que se generen investigaciones poblacionales con base a la problemática identificada, teniendo en cuenta el marco del SGSSS y donde participe la comunidad.
- Estimular la formación de estudiantes (pregrado/postgrado) en políticas públicas, enfatizando en la Política de salud Oral.

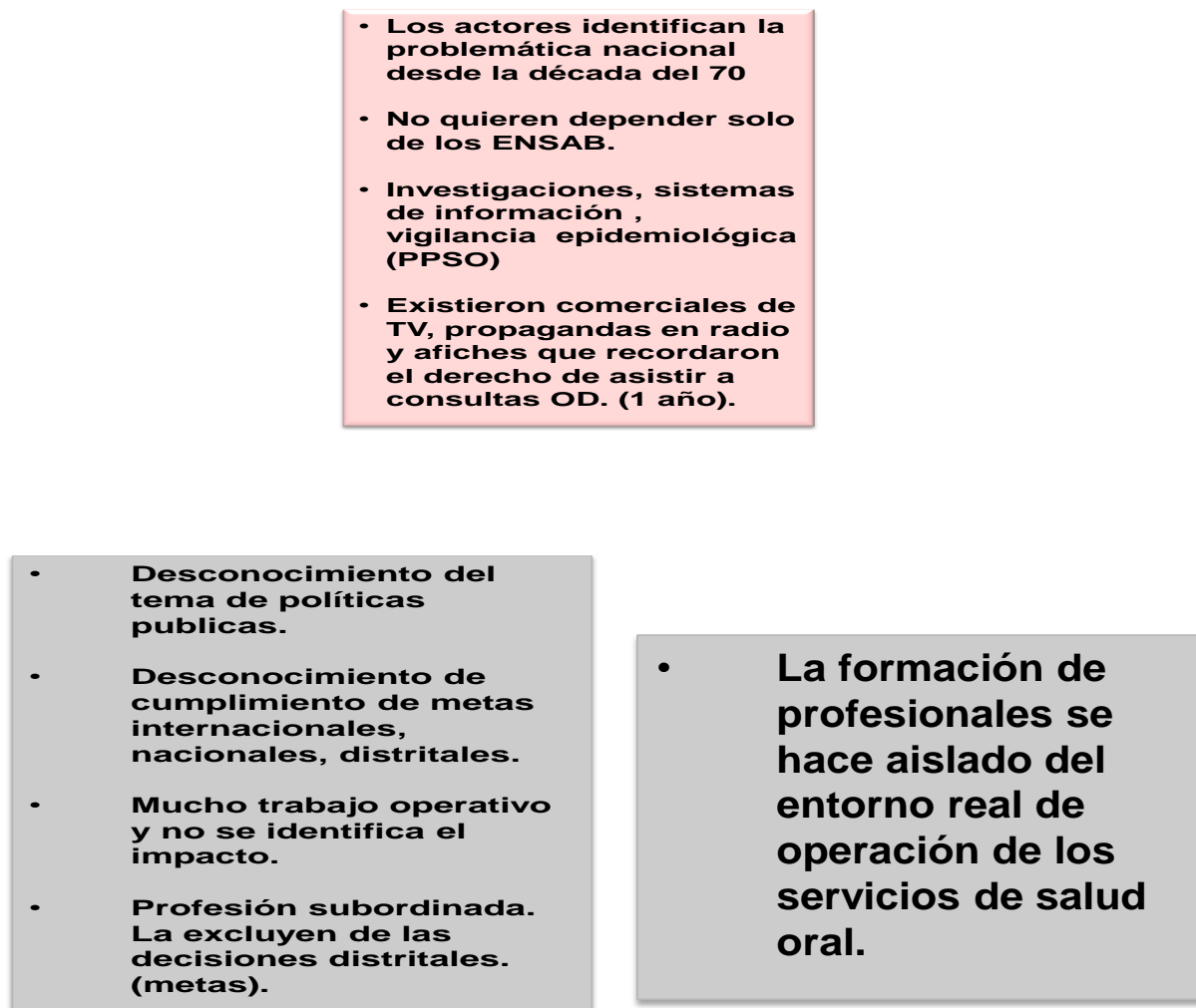
#### RECOMENDACIONES PARA LOS ACTORES INTERNOS Y EXTERNOS

- Seguir fomentando espacios para que se conozca la Política de Salud Oral Distrital.
- Evaluar la política en todas las fases con la metodología del ciclo de las políticas.

Figura 6. Aciertos, desaciertos, dificultades y logros.

ACIERTOS	DESACIERTOS	DIFICULTADES	LOGROS
<p>La problemática se encontró plenamente identificada para formulación de la política.</p> <p>Hay reconocimiento de las políticas de salud oral por parte de las Secretarías de Salud de Manizales y Medellín.</p> <p>La norma 689 de 2011, favorecerá la evaluación de la PSO.</p>	<p>No se evaluó la Política del año 2004.</p> <p>Se inicia una formulación de una segunda política como si fuera nueva.</p> <p>No hay reconocimiento por parte del Ministerio de Salud de la Política de Salud Oral distrital.</p> <p>En la formulación no se evidencia organizaciones comunitarias.</p> <p>No se observan metas (%) concretas para cumplimiento de la política.</p> <p>Por un actor político, se traslada el seguimiento de la Política de Salud Oral distrital, a la subsecretaría, a partir de ese momento se desconocen los avances.</p> <p>Los actores (gerentes de las ESE, Secretario de Salud) no estuvieron presentes en la formulación de la Política.</p>	<p>Insuficiente personal calificado y experto en el seguimiento de los objetivos propuestos en la política.</p> <p>No hay grupo gestor, para el cumplimiento de la Política de Salud Oral distrital, por ello puede no cumplirse la parte operativa para la implementación completa de la política.</p> <p>En el año 2014, se inicia en la Secretaría Distrital de Salud, la reestructuración de la entidad, este hecho puede repercutir en la demora del desarrollo de la Política de Salud Oral distrital.</p> <p>La Política de Salud Oral distrital, no se identifica como una política para la ciudad.</p> <p>Se tiene poca investigación cualitativa que complemente análisis de información cuantitativa.</p>	<p>El Distrito Capital genera la primera política en el año 2004.-2010</p> <p>El Distrito Capital genera la segunda política en el año 2011.-2021</p> <p>Existen guías clínicas formuladas</p> <p>Se tiene información cuantitativa de las patologías que afectan a la población.</p> <p>Se inicia una evaluación de la política según el ciclo de políticas públicas.</p>

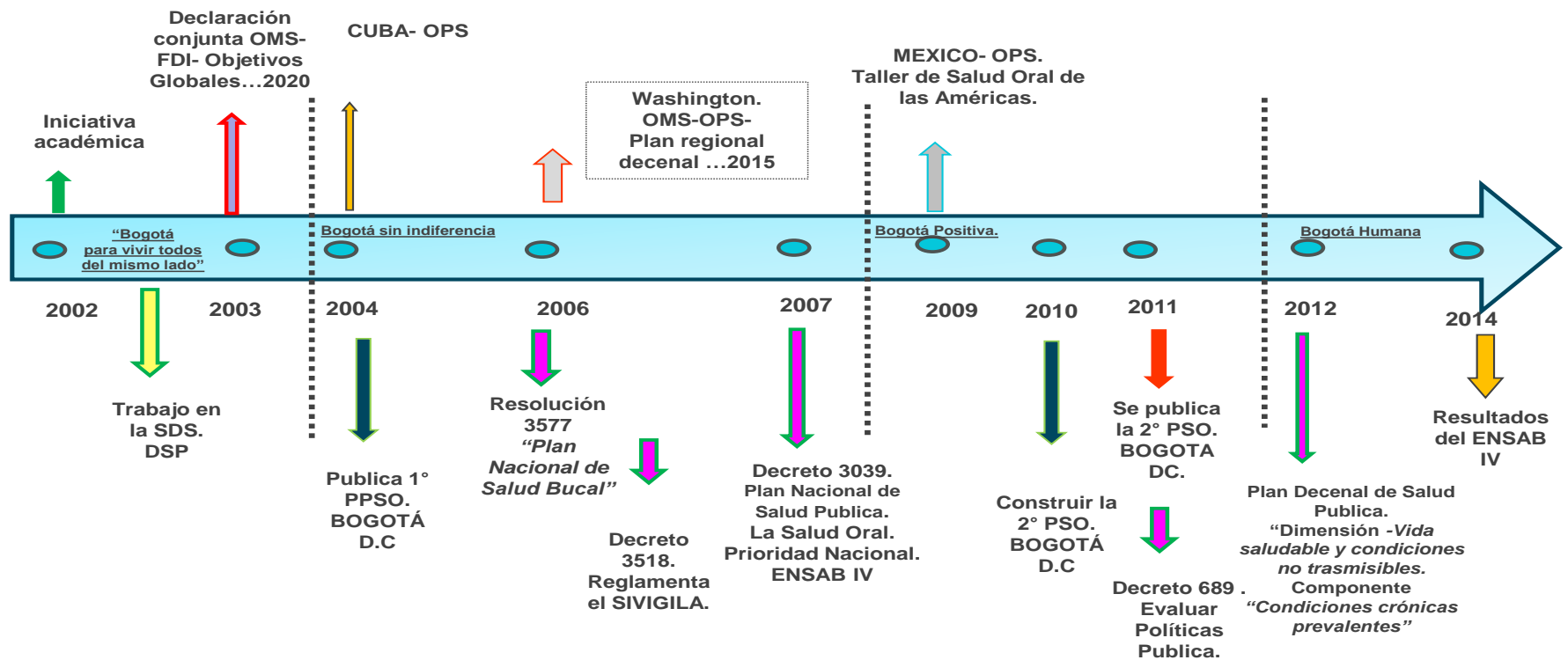
**Fuente:** Análisis de la Política de Salud Oral. (Elaboración propia. Rosa Nubia Malambo Martínez.).

**Figura 7.** Luces y Sombras de la formulación de la Política de salud oral

**Fuente:** Análisis de la Política de Salud Oral.  
(Elaboración propia. Rosa Nubia Malambo Martínez.)

**Figura 8.** Procesos que sucedieron desde la creación de las Políticas de Salud Oral.

Desde el año 2002 hasta la fecha ha existido un interés por la Política de Salud Oral Distrital como puede observarse:



**Fuente:** Análisis de la Política de Salud Oral. (Elaboración propia. Rosa Nubia Malambo Martínez.)

La actual investigación culminó en el mes de diciembre del año 2014 y simultáneamente se estaban presentando parte de los resultados de la IV Encuesta Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) en el Boletín de prensa número 356 del Ministerio de Salud y proponen que el paso es:

RETOS. (Salud, 2014). *“perfilar los procesos de atención por grupos de edad y territorios, alinear los incentivos del sistema y el ejercicio profesional, fortalecer el sistema de información en salud bucal para medir de forma diferente y mejor el desempeño de los equipos de salud bucal. Lo anterior basados en la gestión del riesgo para obtener mejores resultados que apoyen la vigilancia en salud pública y el monitoreo de la política”.*

*“Será necesario definir que la conservación y protección de la cavidad bucal deben privilegiarse y medirse a partir de tratamientos completos (como en el caso de vacunación), logrados a partir de acciones de contexto y atenciones integradas e integrales en la red de servicios, lo cual implica repensar el papel del odontólogo general dentro del sistema de salud, como eje fundamental para prevenir y atender los diferentes elementos que afectan la salud bucal y que marcan la carga de enfermedad, pero también el papel de los especialistas y auxiliares, como parte del equipo de trabajo de la salud bucal”.*

*“Para lograr estos propósitos será necesario definir una fuerte política en salud bucal y un plan de contingencia con varios componentes desde los territorios y los servicios de salud para desarrollar estrategias diferenciales para la población infantil (de forma que se continúe la mejora de sus condiciones de salud bucal), para los jóvenes y adultos (para ser más resolutivos) y para los adultos mayores, de forma que se dé respuesta a la alta carga acumulada que presenta la población”.*

*“Estos componentes deben estar basados en el desempeño de los equipos básicos de salud como parte de un nuevo modelo de atención, con rutas específicas de atención que operen en áreas urbanas, rurales y metropolitanas, para la reducción de esta importante causa de carga de enfermedad para el país”.*

Algunos retos propuestos por el Ministerio de Salud, se reflejan en las actividades que desarrolla la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y se encuentran plasmados en las políticas públicas de salud oral, que se han formulado, (la del año 2004 y 2011), por lo tanto, los retos no son nuevos, deben fortalecerse, uniendo esfuerzos de diferentes entidades y teniendo en cuenta que el recorrido realizado por la Secretaría Distrital de Salud, es fuente de iniciativas a replicar, como lo han hecho otras ciudades como Manizales y Medellín, tomando nuestra experiencia de los avances realizados en diferentes temas que conciernen a la salud oral.

Es por ello que el análisis de la formulación de política del 2011, debe tenerse en cuenta y continuar con la investigación de las demás fases, pues permitirá profundizar en la política pública y en el conocimiento de la salud oral poblacional. Si se tiene como meta, el alcanzar poblaciones sanas, no sería difícil, si se aunaran potencialidades como el talento humano, lo financiero, lo administrativo y la investigación para la salud.

Los retos que se han propuesto desde la Secretaría Distrital de Salud, desde la política pública de la salud oral, deben tener eco en los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo, entre otros, así como en algunas Secretarías Distritales, tratando de conformar sinergias para enfrentar nuevos retos, en cumplimiento de metas distritales, nacionales e internacionales, puesto que se tiene potencial como ciudad y país en el tema de la salud oral.

Rosa Nubia Malambo Martínez.

Odontóloga-

Email: [rnmalambom@unal.edu.co](mailto:rnmalambom@unal.edu.co)

[rnmalambo@saludcapital.gov.co](mailto:rnmalambo@saludcapital.gov.co)

[rosanubiaodontologa@gmail.com](mailto:rosanubiaodontologa@gmail.com)

# A. Anexo: Pauta de Entrevista A

## □□ Objetivo

Obtener, procesar e interpretar información cualitativa (opiniones de expertos), sobre la política de salud oral de Bogotá, 2011-2021, en la fase de formulación.

## □□ Metodología

Entrevista semiestructurada

Se ubica al entrevistado en el periodo comprendido entre 2010- 2011.

## □□ Preguntas

¿En qué momento entró a ser prioridad para el Estado, la Salud Oral?

¿Porque Bogotá Agendó , la problemática de salud oral?.

### ***Contexto Internacional***

¿Cuál era el contexto internacional que predominaba en el momento de la formulación de la Política de Salud Oral de Bogotá D.C, con participación Social para el decenio 2011-2021?

### ***Contexto Nacional y Distrital***

¿Cuál era el contexto nacional y distrital que predominaba en el momento de la formulación de la Política de Salud Oral de Bogotá D.C, con participación Social para el decenio 2011-2021?

**Formulación**

De acuerdo con su experiencia en el tema, le agradezco su respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cómo se formuló la política de salud oral para Bogotá? (en términos de procedimiento y de contenido).

¿Hubo imposición o negociación para formular la política de salud oral?

¿Qué objetivos y metas se propone la política de salud oral?

¿Qué actores participaron en la formulación de la política de salud oral?

¿De esos cuáles tienen mayor protagonismo frente al tema de la salud oral?

¿Qué factores hacen que haya mayor o menor compromisos de algunos sectores, frente a otros?

¿Qué actores faltaron en la formulación de la política de salud oral?

¿Considera que las actividades desarrolladas han tenido el impacto que se planteó en la política del 2004 y que fueron tenidas en cuenta para la política del 2011?

## Bibliografía

- Colombia, M. d. (Diciembre de 2014). Resultado de la IV encuesta Nacional de Salud Bucal. *Boletín de prensa número 356 de 2014*.
- Colombia., U. E. (2002). *Las Políticas Públicas*. Bogotá Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- D.C, A. M. (30 de Diciembre de 2011). Decreto 689. *Por medio del cual se adopta la "Guía para la formulación, implementación, y evaluación de políticas públicas distritales"*. Bogotá D.C, Colombia.
- Deubel, A. N. (2002). *Políticas Públicas*. Bogotá D.C: Ediciones Aurora.
- EUFIC. (2006). *Salud Dental*.
- Federation, F. W. (2011). *La Salud Bucodental y la Declaración Política de la ONU sobre Enfermedades No Transmisibles*. . Ginebra- Suiza.: Design:b'com//33 (0)6 50 46 60 70.
- Federation, F. W. (2011). *Visión 2020 de la FDI. Delinear el futuro de la salud bucodental*. Mexico.
- Malambo Martinez, R. N. (20 mayo- 16 junio de 2001). Boletín Epidemiológico Distrital-BED. *Comportamiento de la Salud Oral en Colombia y Bogotá*. Bogotá, Colombia: ISSN 0123-8590-Volumen 6, número 6.
- Martin Hobdell, N. J. (2003). *Objetivos Globales para la Salud Bucodental*. Sidney-Australia.: Proyecto 7-99 .
- Martin Hobdell, P. E. (2003). Global goal for oral health 2020. *Internacional Dental Journal*, 53- 285-288.
- Montes, I. N. (2010). *Estudio Epidemiológico de Salud bucodental en población infantil y adolescente*. Madrid- España.: ISBN: 978-84-693-1102-8.
- OMS-FDI, I. c. (1984). *Metodos y programas de prevención de enfermedades bucodentales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización , M. (1984). *Métodos y programas de prevención de las enfermedades bucodentales*. Ginebra, Suiza.: Informe 713.
- Pardiñas. (2010). *Enfermedades de las encías*. Coruña.
- Salazar, M. B. (2012). Investigar las consecuencias del efecto acumulativo del fluor, una necesidad imperante de la profesión odontologica. *Revista colombiana de investigación en odontología.*, Volumen 3, número 7.
- Salud, M. d. (diciembre de 2014). Retos en salud bucal.
- salud., G. d. (2008). Políticas Publicas. Aproximación a un análisis. En F. N. Publica. Medellín: ISBN: 978958714109-2.
- Salud., O. M. (2007). *Nota Informativa 318*. Washington.
- Salud., O. M. (2007). *Salud Bucodental*.
- Salud., O. M. (s.f.). *Salud para todos en el siglo XXI*. Washington: EB101/8.
- Secretaria Distrital de Salud. (2008-2009). Salud Publica. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral- SISVESO. En *Boletín de Estadísticas. Tomo II* (págs. 509-517). Bogotá, D.C.: ISSN 1794-1873.
- Secretaria Distrital de Salud. (2004-2010). Política Pública de Salud Oral .
- Social., M. d. (2013). Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Universidad Libre. (s.f.). *Diplomado en Políticas Públicas."Estado e impacto de las políticas Públicas en Colombia."*