

## 2. Ejes Estructurales de la Política Pública de Salud Oral con Participación Social



## 2.1. Gestión de la Política Pública de Salud Oral

### *Consideraciones temáticas sobre el lineamiento*

Las políticas públicas corresponden a directrices provenientes del Estado, que se destinan a la colectividad como manera de proceder frente a un asunto específico, el cual se considera de interés público<sup>1</sup>. Son producto del accionar del Estado, que dan forma y expresan estructuras socioeconómicas cambiantes y que se consideran procesos que movilizan, con distintos grados de intensidad, los recursos con que cuentan los actores sociales involucrados, mediante un juego dinámico dentro de marcos institucionales. Desde esta perspectiva el Estado cumple el papel protagónico en

<sup>1</sup> Gómez, R.D., Rodríguez, F.L., Martínez, O., Agudelo, N.A., Zea, N.E., González, E.R., 2004. Gestión de políticas públicas y salud. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud. Universidad de Caldas. Manizales. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf)

***La propuesta de gestión de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá se adscribe a esta última perspectiva y parte de la indentificación de las brechas existentes entre las necesidades sociales en salud oral y la garantía del derecho en territorios concretos, con los respectivos actores que los construyen.***

la formulación y gestión de las políticas públicas. La gestión en este marco se entiende como el conjunto de procesos necesarios para definir prioridades y tomar decisiones relativas al ámbito de la acción política, e incluye la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de ésta, así como la movilización de actores y recursos para el logro de las metas propuestas.

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

La propuesta de gestión de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá se adscribe a esta última perspectiva y parte de la indentificación de las brechas existentes entre las necesidades sociales en salud oral y la garantía del derecho en territorios concretos, con los respectivos actores que los construyen. A partir de la lectura de dinámicas que determinan la salud oral de las poblaciones y la identificación de déficits en la respuesta social integral, se definirán colectivamente respuestas que apunten a transformar condiciones inequitativas mediante diversos mecanismos de concertación y participación que reconozcan los intereses de los actores sociales. Considerando la necesidad de enmendar, en distintos niveles, las causas de los problemas de salud oral, es indispensable mantener procesos de gestión con diversos actores sociales e institucionales en el orden local y distrital.

### **Problematización**

La Política Pública de Salud Oral de Bogotá se constituye como una respuesta organizada a la problemática en salud oral de la ciudad, a partir de la cual se han desarrollado y articulado esfuerzos de diversos actores sociales interesados en avanzar en la garantía del derecho a la salud. En el contexto nacional esta política se ha convertido en un referente para las entidades de formación del

talento humano, así como para las instituciones que orientan políticas públicas en otros entes territoriales y las prestadoras de servicios de salud oral.

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

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

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

Esta problemática se evidencia fundamentalmente en la desarticulación de las acciones de orden individual y colectivo, las de promoción de la salud y aquellas cuyo énfasis es la prevención y



atención a la enfermedad, persistiendo, además, algunos problemas de coordinación institucional entre el nivel local y distrital. Así mismo, se destaca la dificultad de establecer procesos de trabajo conjunto entre entidades públicas y privadas aseguradoras, prestadoras de servicios de salud oral y aquéllas pertenecientes a diferentes sectores.

En Bogotá la Política de Salud Oral propuso establecer mecanismos de articulación que permitieran estructurar una respuesta integral a los complejos problemas de la ciudad; sin embargo, aunque existen algunas experiencias locales que han avanzado en este sentido, el balance general evidencia una importante fragmentación tanto en la prestación de servicios como en la gestión de la política. A nivel distrital y local se reproducen lógicas de organización de los equipos de trabajo en las que, por ejemplo, las acciones colectivas que hacen parte del Plan de Intervenciones Colectivas no tienen vínculos claros y sostenidos con aquéllas de atención individual (Plan Obligatorio de Salud). Lo cual plantea retos que apuntan a una mayor relevancia del nivel local en procesos de planeación participativa y un mecanismo de coordinación y gestión, en el nivel distrital, que integra las diferentes áreas misionales con acuerdos en el enfoque y puesta en marcha de la política pública.



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

Dentro de los aspectos a considerar en este análisis, la estructura organizacional de los servicios de salud oral es un tema sustancial. En la mayoría de los hospitales de la red pública, los(as) odontólogos(as), tanto generales como especialistas, están vinculados(as) a diferentes modelos de contratación para llevar a cabo funciones asistenciales o funciones de salud pública desarrollando acciones colectivas. A algunos pocos se les asignan funciones administrativas donde participen en ciertos procesos de planeación, auditoría, control, etc. En muy pocos casos existe la figura de coordinación de salud oral y cuando existe, sus funciones muchas veces se limitan a la coordinación de prestación de servicios o de algún otro proyecto. La desaparición de este cargo en la estructura de muchos servicios de salud ocasionó la pérdida de liderazgo en el equipo y la falta de una adecuada planeación y evaluación de los programas. Se observa fácilmente que en aquellos hospitales donde existe un referente que coordina todos los programas de salud oral (POS, PIC, Salud Pública y otros) la integralidad y calidad de los procesos es mucho mayor.

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

De igual modo, la actual estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud contribuye a la falta de coordinación entre las diversas acciones orientadas a la salud oral, especialmente entre las

***Se requiere de un liderazgo en salud oral en la organización de los servicios, que tenga a su cargo la creación de planes innovadores, la reorientación de la prestación de los servicios, que disponga de la mejor gestión y utilización de los recursos, los procesos de seguimiento y evaluación de los planes y programas, y la negociación con las entidades aseguradoras***

**El grupo técnico de trabajo de salud oral de la sds, con la participación de los referentes de salud oral de los hospitales, debe liderar el desarrollo de proyectos prioritarios para la política, tales como el diseño del nuevo modelo de servicios de salud oral.**



que se realizan a nivel individual y las que se realizan a nivel colectivo. Esta situación, que obedece en parte a la configuración del actual sistema de salud, hace que la presencia de profesionales de salud oral en grupos interdisciplinarios de las diferentes áreas de la sds no resuelva aspectos críticos de desarticulación, duplicidad o vacíos en las acciones que se ejecutan desde el nivel central. Se ha buscado resolver esta problemática con la creación del grupo técnico de trabajo de salud oral de la sds. Este grupo debería fortalecerse con reuniones periódicas, asignación de funciones, coordinación de los planes a desarrollar y, especialmente, con el seguimiento y gestión de la Política de Salud Oral.

El grupo técnico de trabajo de salud oral de la sds, con la participación de los referentes de salud oral de los hospitales, debe liderar el desarrollo de proyectos prioritarios para la política, tales como el diseño del nuevo modelo de servicios de salud oral. Este modelo replantearía los criterios empleados actualmente para la asignación de tiempos, programación del servicio y recurso humano necesarios para la atención, pues se ha evidenciado que los estándares vigentes, establecidos por otros modelos de atención, han generado serias limitaciones en la contratación y programación de los servicios de salud oral de acuerdo a las necesidades poblacionales.

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

*b. Débil incorporación de la participación social y comunitaria en la política.*

Bajo una perspectiva de gestión basada en respuestas sociales integrales a los problemas de salud, la participación social y comunitaria se constituye en un eje fundamental. La Política de Salud Oral de Bogotá se propuso avanzar en este propósito, incluyendo la participación social como uno de sus principios orientadores. Sin embargo, los avances no han sido significativos y se concentran en algunas iniciativas locales lideradas por hospitales de la

red pública que han adelantado ejercicios de participación en el marco de la organización de servicios o el diseño de acciones colectivas en ámbitos de vida cotidiana.

Aún en la esfera de los cuestionados procesos de participación que caracterizan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la salud oral en Bogotá no aparece como un asunto que se reflexione sistemáticamente en los espacios definidos desde la institucionalidad; lo que refleja, por un lado, que la salud oral está aún lejos de ser considerada un bien social valorado como positivo y deseable y, por otro, que es necesario avanzar en el diseño y puesta en marcha de otro tipo de procesos que, desde la planeación territorial, incorporen la participación y el fortalecimiento de la organización social y comunitaria como asuntos nodales en la comprensión de los problemas de salud oral y el diseño de alternativas de solución.

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

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

La Política de Salud Oral se materializó en un pacto que implicaba un esfuerzo colectivo por generar respuestas conjuntas a los problemas identificados, y que centraba la atención en la garantía de acceso y calidad en la atención en salud y en la generación de prácticas protectoras de la salud oral soportadas social y culturalmente. Esta propuesta de acuerdo social buscaba integrar intereses de diferentes actores sociales con el fin de lograr mayores impactos sobre

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

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

las condiciones de vida y salud de la población de la ciudad, a partir de iniciativas que permitieran complementar esfuerzos y recursos.

En el proceso de implementación de la política se han adelantado múltiples iniciativas destinadas a mantener vivas las motivaciones de trabajo conjunto de actores como los hospitales de la red pública de la ciudad, facultades de odontología, asociaciones y sociedades científicas, el Ministerio de la Protección Social, aseguradoras e instituciones de prestación de servicios de salud oral de carácter privado, el sector educativo, el ICBF y SIS, entre otros. Al aproximarse a un balance general de la política en este aspecto, los gestores de la misma en el nivel distrital y otros actores relacionados con la salud oral de la ciudad identificaron los siguientes como principales obstáculos para lograr los objetivos propuestos:

- Ausencia de herramientas adecuadas, en la política, para mantener el pacto por la salud oral en Bogotá y refrendarlo permanentemente.
- Los procesos de planeación, desarrollo, socialización y evaluación de las acciones de la política se realizan a través de referentes que no se encuentran articulados en otros actores institucionales, sectoriales y territoriales.
- Mínima apropiación de la política, en el nivel distrital, por parte de otras áreas misionales de la SDS diferentes a salud pública, lo que dificulta la articulación con otras instituciones y sectores.
- Falta de un sistema de información que brinde soporte al proceso de toma de decisiones para el desarrollo orgánico de la política.
- Inexistencia de redes de coordinación interinstitucional e intersectorial del sector público a nivel territorial.
- Ausencia de mecanismos de coordinación entre organizaciones sociales y comunitarias a nivel territorial y la red prestadora de servicios en sus diferentes niveles.
- Débil participación de la salud oral en los procesos de planeación y gestión local; se evidencia en la poca cantidad

de programas y proyectos de salud oral en los planes de desarrollo local.

- La débil participación de diagnósticos de salud oral a nivel local o territorial incide en que los proyectos que se enuncian en esos niveles no planteen acciones sobre población prioritaria de acuerdo a sus condiciones culturales, económicas y geográficas.

Todo lo anterior configura un panorama en el que se hace necesario fortalecer lazos de confianza entre actores institucionales y sociales que permitan identificar nuevamente, en el marco de la comprensión multidimensional de la problemática de salud oral de Bogotá, puntos de interés compartidos a partir de los cuales se establezcan acuerdos de trabajo. En este propósito, el fortalecimiento de la rectoría pública toma un relieve particular, teniendo en cuenta la importancia que tiene para el establecimiento de acuerdos sociales de esta naturaleza en el actual contexto, el rescate de la responsabilidad estatal, y el liderazgo de los gestores de política pública en la incorporación de estrategias de corresponsabilidad y cooperación encaminadas a la garantía del derecho a la salud.



***En el proceso de implementación de la política se han adelantado múltiples iniciativas destinadas a mantener vivas las motivaciones de trabajo conjunto de actores como los hospitales de la red pública de la ciudad, facultades de odontología, asociaciones y sociedades científicas, el Ministerio de la Protección Social, aseguradoras e instituciones de prestación de servicios de salud oral de carácter privado, el sector educativo, el ICBF y SIS, entre otros.***

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

## **Líneas estratégicas de acción**

### **Gestión distrital, local y territorial de la Política de Salud Oral**

#### **Objetivo:**

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

#### **Estrategias:**

- Planear las acciones de salud oral en dos niveles estratégicos: por territorios en procesos participativos que tengan en cuenta diversos actores y en el orden distrital mediante la consolidación de un plan distrital de salud oral construido a partir de los planes territoriales y a la luz de las líneas de acción de política pública. Este plan distrital tiene también un carácter participativo. Esta planeación se realizaría desde el nuevo modelo de servicios, articulando niveles individual y colectivo; acciones promocionales, preventivas y de atención a la enfermedad; y acciones de gestión del talento humano e investigación. En estos planes se incorporarán consideraciones particulares sobre territorios con diferentes condiciones de vida y salud al interior de las localidades, e incluirán iniciativas que materialicen el trabajo interinstitucional e intersectorial. Se propone el desarrollo permanente y programado de unas mesas de diálogo social por la salud oral<sup>2</sup>. Las características de estos espacios serán comentadas en la estrategia de gestión de los servicios de salud oral.

<sup>2</sup> Estas mesas corresponden tanto a espacios de diálogo y concertación de la política en el territorio como a procesos más generales de participación social en salud, donde la temática de salud oral es agendada.



- Destinar una proporción de presupuesto distrital de salud oral existente (PIC y otras fuentes) al financiamiento de iniciativas locales que respondan a las necesidades identificadas en el proceso de planeación local.
- Gestionar permanentemente recursos de nivel distrital y local (PIC, UEL, etc.) para acelerar el progreso de las acciones, programas y proyectos que hacen parte de la política, con el objeto de garantizar el derecho a la salud con miras a la equidad (universalidad con reconocimiento de las diferencias).
- Establecer una coordinación local o territorial de salud oral que desde los hospitales de la red pública ejerza rectoría pública territorial, liderando los procesos de planeación y gestión de recursos.
- Establecer vínculos entre la gestión de la Política de Salud Oral y los procesos de gestión local en salud de la sds. Este trabajo conjunto podría iniciar con la asistencia técnica a los equipos locales o territoriales de planeación en salud oral desde los responsables de gestión local de la sds y los hospitales.

### Responsables:

Grupo técnico de salud oral de la sds, Participación Social, Dirección de Salud Pública y Referentes de salud oral en las ESE(s).

### Elementos para la evaluación:

Existencia de planes locales o territoriales de salud oral en ejecución basados en análisis situacional en salud oral con perspectiva del territorio, y disposición de recursos locales y distritales destinados a iniciativas de acción territorial en el marco de la política.

## Mobilización social por la salud oral

### Objetivo:

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

### Estrategias:

- Desplegar, en los espacios sociales de vida cotidiana e instituciones prestadoras de servicios de salud oral, estrategias de discusión sobre la comprensión que tienen las personas de los asuntos relacionados con su salud oral y el lugar que éste ocupa en su vida, con la intención de avanzar en la construcción de una comprensión compartida frente a la



salud oral y su posición como bien social valorado como positivo y deseable.

- Articular la Política de Salud Oral con los procesos de fortalecimiento del tejido social y de la organización social y comunitaria que se desarrollan desde la política de participación social.
- Estudiar y analizar el desarrollo institucional de los espacios locales de gestión social (por ejemplo, los Consejos Locales de Política Social) para establecer en cuáles de ellos deben vincularse los actores de la salud oral, y así volver su acción más eficaz.
- Vincular elementos de salud oral (normativos, de política pública, de sentido) a los procesos de formación y cualificación de organizaciones sociales y comunitarias que se desarrollen en el marco de las acciones colectivas que hacen parte del PIC y el Plan Territorial de Salud de Bogotá.
- Desarrollar estrategias formativas, comunicativas y organizacionales (como parte de los procesos de planeación territorial) encaminadas a mejorar las capacidades de las personas para gestionar sus asuntos de salud oral frente a la institucionalidad pública y privada. Dentro de las estrategias formativas se pueden incluir la realización de talleres y conferencias territoriales por la salud oral.

### **Responsables:**

Grupo técnico de salud oral de la SDS, Participación Social, Dirección de Salud Pública, Referentes de salud oral en las ESE(s) y empresas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud oral de carácter privado.

### **Elementos para la evaluación:**

Planes territoriales de salud oral con participación comunitaria, avance en la exigibilidad del derecho a la atención integral en salud oral a partir del fortalecimiento de las capacidades de organización y participación de las comunidades, y articulación con la política pública de participación social.

**Objetivo:**  
**Desarrollar una agenda de acción Política por la Salud Oral y el derecho a la salud, con personas, organizaciones sociales y comunitarias que hagan parte de los planes de acción a nivel local o territorial.**

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

### Objetivo:

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

### Estrategias:

- Consolidar el equipo de coordinación de salud oral de la SDS para que asuma el liderazgo central de la política pública, articulando decididamente las acciones emprendidas desde las diferentes áreas misionales de la Secretaría e identificando las necesidades de acción interinstitucional e intersectorial de orden distrital a partir de los procesos territoriales. Se requiere la especialización de acciones y responsabilidades orientadas a la gestión de la política con las demás entidades del orden distrital y nacional, con las EPS e IPS, academias, sociedades científicas y agremiaciones profesionales, agencias de cooperación internacional, y empresas privadas, entre otras.
- Generar espacios distritales de encuentro con diferentes actores sociales, en los cuales se identifiquen los avances y retos en términos de cumplimiento de los objetivos de política pública y a partir de negociación se establezcan acuerdos de trabajo conjunto.
- Adelantar la gestión necesaria para incorporar sistemáticamente la salud oral en las metas del Plan de Desarrollo Distrital.
- Avanzar en la integración de la salud oral a iniciativas distritales, tales como programas estratégicos de salud pública (gestantes, IRA, EDA, IAMI, IAFI, AEIPI, etc.) y planes de ordenamiento de la oferta de servicios, entre otros.
- Gestionar recursos para la Política de Salud Oral con diversas fuentes de niveles internacional, nacional y distrital.

**Responsables:**

Grupo técnico de salud oral de la SDS.

**Elementos para la evaluación:**

Participación de diversos actores sociales en las acciones de la política pública del nivel territorial y distrital; salud oral como parte de las metas de los planes de desarrollo distrital.

## Gestión de los enfoques de equidad y diferencial en la política

**Objetivo:**

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

**Estrategias:**

- Orientar acciones sobre grupos priorizados de atención en función de sus características o situación. Involucrar grupos que por su condición de género, raza, edad o situación socio-económica o política presenten inequidades en los resultados de salud oral. Para el presente periodo, y teniendo en cuenta criterios de contexto, así como aquellos relacionados con situaciones o circunstancias especiales, es necesario que la política realice acciones positivas dirigidas a



personas en situación de desplazamiento, en condición de discapacidad, indígenas, niños, niñas y jóvenes, gestantes y adultos mayores, y a los territorios con peores condiciones de vida y salud.

- Involucrar acciones de salud oral en programas dirigidos a esta población, desarrollados por la misma sds o bien por otras instituciones del Estado, atendiendo a los compromisos de ley.
- Propiciar el desarrollo de guías de manejo que vinculen las acciones clínicas, de prevención y promoción de la salud, para los grupos priorizados por la política.
- Garantizar que en la evaluación de cada uno de los niveles de acción estén presentes indicadores de salud oral que reflejen la atención a grupos y territorios priorizados. Entre los indicadores propuestos para la evaluación se deberán tener en cuenta las brechas existentes entre ciertos grupos poblacionales en cuanto a resultados de salud oral, acceso a los servicios y calidad de los mismos.

#### **Responsables:**

Dirección de Aseguramiento, Dirección de Desarrollo de Servicios, Salud Pública, Grupo técnico de salud oral de la sds.

#### **Elementos para la evaluación:**

Disminución de las brechas en la situación y atención en salud oral, programas distritales para grupos poblacionales priorizados que incluyan respuestas integrales en salud oral, y guías de manejo para grupos priorizados.

### **Modelo de gestión de los servicios de salud oral**

El modelo de gestión y atención de la salud oral propuesto para la presente política incluye tres líneas estratégicas. Estas líneas

de acción son: modelo de servicios, calidad en los servicios y sistemas de información.

## Consideraciones temáticas sobre el lineamiento

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

### Gestión de los servicios de salud oral

La gestión de los servicios de salud oral debe desarrollarse en cinco líneas de acción:

1. La integración en redes de los servicios, reconociendo los límites del modelo de competencia regulada del sistema y las implicaciones del modelo gestión social integral sobre los territorios, como expresión de la organización de la respuesta institucional del Distrito Capital.
2. La evaluación de equidad en los procesos y en los resultados como parte esencial de la evaluación de impacto.
3. La auditoría para mejorar condiciones de integralidad, continuidad, oportunidad y accesibilidad, y la veeduría y el monitoreo social en los recursos, los procesos y los resultados.
4. Gestión del modelo en perspectiva de integralidad e intersectorialidad.
5. Gestión de los recursos y los soportes del servicio.

### Calidad en los servicios de salud oral

El concepto de calidad de la atención de los servicios de salud oral que se asumirá se encuentra contemplado en el Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de

**Estrategias:**  
**Involucrar acciones de salud oral en programas dirigidos a esta población, desarrollados por la misma sds o bien por otras instituciones del Estado, atendiendo a los compromisos de ley.**

Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este decreto la calidad se define como “la prestación de servicios de salud accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”. En este sentido las características de la Calidad de la atención en salud oral son las siguientes: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad e integridad de los servicios.

*Accesibilidad* a los servicios de salud es entendida como la posibilidad que tienen las personas de utilizar los servicios de salud oral

de acuerdo con su necesidad. Según la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, la accesibilidad se entiende como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud y los prestadores de los mismos.

Los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud oral son:

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



el ejemplo de la curva en U de utilización de servicios médicos de los niños y niñas y los de mayor edad, quienes son los que acuden al odontólogo con menor frecuencia. Estos datos no parecen indicar una influencia directa de la edad en la utilización. Los factores socio-psicológicos se relacionan con la percepción que sobre la salud, la enfermedad y los servicios de salud tienen las personas a partir de sus diferentes capacidades sociales, económicas y psicológicas.

- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral. Los factores organizativos comprenden la disponibilidad de recursos y las características de la estructura y del proceso de prestación de servicios. La disponibilidad se refiere a la relación entre el volumen y tipo de recursos existentes y aquellos necesarios para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población, en otras palabras, la oferta de recursos.
- El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud.



La accesibilidad se encuentra mediada por las siguientes condiciones:

- a. Condiciones de *accesibilidad geográfica*, como las distancias y tiempos a recorrer, por parte de la población que necesita los servicios de salud oral, hasta los prestadores de servicios de salud oral, las facilidades de transporte hacia las mismas, y las condiciones topográficas relacionadas. La accesibilidad geográfica se refiere a los factores espaciales que facilitan o entorpecen la utilización. Es la relación entre la ubicación de los recursos existentes y la ubicación de las personas.
- b. Condiciones de *accesibilidad económica*, se refieren a la relación entre los costos de acceso al lugar de la atención y la prestación del servicio y las capacidades económicas de las personas.

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

- c. Condiciones de *accesibilidad cultural y social*, como la comprensión por parte de los prestadores de servicios de salud oral de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población. Incluye la aceptabilidad de los servicios entre la población.
- d. Condiciones de *accesibilidad organizacional*, como las condiciones locativas, administrativas y de manejo de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios de salud oral.

La *oportunidad* es entendida en esta política como la condición que relaciona la población que necesita los servicios de salud oral con las actividades, procedimientos e intervenciones efectivamente realizados por los Servicios de Salud Oral. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su salud oral. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en concordancia con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Decreto 1011.)

La oportunidad se halla mediada por las siguientes condiciones:

- Condiciones de *disponibilidad*, como la coyuntura de tiempo y lugar entre las actividades, procedimientos e intervenciones ofertadas por los prestadores de servicios de salud oral, y la demanda de las mismas por parte de la población que necesita los servicios de salud oral.
- Condiciones de *utilización*, como la coyuntura entre las necesidades de actividades, procedimientos e intervenciones de los servicios de salud oral
- por parte de la población, y la resolución de las mismas por parte de la red de prestación de servicios de salud oral.

La *seguridad* se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basados en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo

de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud oral o de mitigar sus consecuencias.

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

Por evento adverso se entiende el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- Evento adverso prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento adverso no prevenible: resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Por incidente se entiende un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica odontológica de un paciente, que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

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

Por su parte, la *continuidad* se entiende en esta política como el grado en el que las personas reciben las actividades, procedimientos e intervenciones en salud oral requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

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

La continuidad tiene dos dimensiones:

- Continuidad clínica: cuidado de la salud oral a lo largo del tiempo, sea por un individuo o por un equipo de personas.
- Continuidad de registros en salud: comunicación efectiva y oportuna de la información en salud.

La *integración* de los servicios de salud oral involucra la provisión integral y coordinada de estos. La integración combina actividades, procedimientos, intervenciones e información en salud oral que acontecen en distintos ambientes físicos, en distintos niveles de salud y en distinto tiempo cronológico.

- Servicios orales integrales son aquellos que abordan cualquier tipo de problema de salud oral en cualquier momento del ciclo de vida de la persona. Es decir, son servicios odontológicos que proveen cuidados integrados de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, además de apoyo a los individuos desde las perspectivas física, psicológica y social.
- Por servicios orales coordinados se entiende la provisión de servicios e información en salud que satisfagan las necesidades odontológicas del paciente. Involucra también la coordinación y el ordenamiento racional de los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad.

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

*Redes integradas de servicios de salud oral* se entiende como “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud oral a una población

definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". Según la OPS, "diversos estudios sugieren que las Redes de Servicios de Salud mejoran la accesibilidad al sistema, reducen el cuidado inapropiado, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, reducen los costos de producción y de transacción, y responden mejor a las necesidades de salud de la comunidad".

## Problematización

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

Los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos realizados en 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. Esta situación, a juicio de los diferentes actores, se debe a problemas estructurales del actual

**Estrategias:**  
**Involucrar acciones de salud oral en programas dirigidos a esta población, desarrollados por la misma sds o bien por otras instituciones del Estado, atendiendo a los compromisos de ley.**

**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.**

sistema de salud y a otros de orden coyuntural por la forma como se desarrollan los programas de salud oral en la ciudad. Las principales debilidades encontradas son:

- Persistencia de múltiples barreras de acceso y oportunidad de los servicios.
- Falta adherencia a guías de práctica clínica.
- Falta de integralidad en la atención.
- Insuficiente desarrollo de programas de educación en salud.
- Modelos de contratación con las empresas administradoras de planes de beneficios.
- Infraestructura actual y capacidad instalada en la red pública.
- Sistemas de información.

*e. La accesibilidad y oportunidad en los servicios de salud oral.*

Aunque no existen estudios específicos sobre accesibilidad a los servicios de salud oral en Bogotá, se han podido identificar, desde los procesos de la política pública en el nivel central y local, las siguientes barreras:

En primer lugar, se hacen explícitas las 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.

En segundo lugar, se configuran barreras de accesibilidad organizacional, generadas 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).

En tercer lugar, se presenta una débil capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención, debido, principalmente, a la mínima percepción de riesgo a enfermarse. Ésta evita la realización de prácticas preventivas intencionadas por parte de la población. También se encuentra una sensa-



ción de temor a los procedimientos de la atención oral, generada por las experiencias anteriores de dolor y trauma en la consulta. Así mismo, la débil capacidad de las personas por buscar y obtener atención se vincula a su opinión y satisfacción del servicio, en donde juegan nuevamente los antecedentes previos de interacción paciente-servicios de salud oral. Por último, existe la 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 estos 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

**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 estos servicios.**

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

*f. 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 guías de práctica clínica que permite la estandarización de procesos asistenciales, su adherencia por parte de los odontólogos ha sido baja. La adherencia a las GPC entre los profesionales depende de la existencia e intensidad de una serie de barreras. Las barreras pueden ser divididas en conocimientos, actitudes o prácticas de los odontólogos.

- Falta de conocimiento: se refiere a la falta de conciencia sobre la existencia de la GPC. 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 aún que la falta de conocimiento.
- Desacuerdo: se pueden presentar desacuerdos con la GPC 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 la GPC a una población concreta (poco prácticas); que las GPC caigan en



un exceso de simplificación (“recetas de cocina”); que las GPC disminuyan la autonomía profesional.

- Falta de autosuficiencia: la autosuficiencia es la creencia de que uno puede realmente desarrollar una conducta. La 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.
- Falta de expectativas sobre los resultados: la expectativa 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.
- Barreras relacionadas con el paciente: el rechazo del paciente a una recomendación o su sensación de que la misma es innecesaria debe tenerse presente en algunos casos, especialmente si las recomendaciones se asocian a procedimientos que pudieran resultar incómodos o conllevan algún nivel de riesgo, o si existen factores socioculturales importantes de por medio.
- Barreras 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

***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***

GPC. En esta categoría podemos citar también 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, o simplemente de tiempo; todos factores que escapan al control del profesional.

En segundo lugar, y estrechamente relacionado con lo anterior, se advierte la presencia de eventos adversos producto del incumplimiento de las guías de bioseguridad, como el lavado de manos, el uso de tapa bocas y visores, y los procesos de esterilización de los insumos odontológicos.

En tercer lugar, 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.

#### ***g. 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 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 estructuración 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 y 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 estos 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 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 POS, es necesario hacer una revisión con base en la evidencia científica y en las experiencias exitosas costo-efectivas de cómo diagnosticar, prevenir y resolver los principales problemas de salud oral.

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

Proyectos de la actual administración, como la gratuidad de la atención para menores de 5 años y maternas, deben motivar al equipo de salud para el mejor manejo integral de estos grupos poblacionales. Así mismo, es necesario buscar otras fuentes de financiación para los programas de salud oral, como los recursos de la Unidades Ejecutoras Locales, de la Alcaldía o de otras entidades públicas y privadas, que permitan mejorar el acceso a los servicios y la atención integral, especialmente de los más necesitados.

Otro aspecto que muestra la falta de integralidad de los servicios es la desarticulación de las acciones que se realizan en el POS con las que se realizan en el PIC y otros programas de salud pública.

Esta debilidad estructural del sistema de salud se hace evidente a nivel local. Existe una verdadera fragmentación en el abordaje de salud entre lo individual y lo colectivo, entre la salud y la enfermedad, entre lo preventivo y lo curativo. Siguen prevaleciendo en nuestro sistema de salud los inconvenientes propios de los modelos “biologista” y “preventivista” del siglo pasado. Todavía se sigue viendo al individuo aislado como si no perteneciera a una familia o a una comunidad, a la salud y la enfermedad como estados separados y no como procesos, y a la prevención sólo como prevención primaria.

Tal como se planteó en el marco conceptual, la reorientación de los sistemas de salud con un enfoque de la APS demanda

reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención. Ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la



integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios.

El nuevo modelo de atención que se diseñe para la ciudad debe buscar la integralidad en la atención de salud oral. Esto quiere decir integrar lo individual, lo familiar y lo colectivo; la salud bucal con la salud general; la prevención y la curación; las diferentes especialidades y los niveles de complejidad; e integrar la salud oral con las otras disciplinas de la salud y las ciencias sociales.

#### ***h. Débil desarrollo de programas de educación en salud.***

Dentro de las actividades de educación en salud que se realizan en la actualidad, se destacan: consejería individual; promoción de prácticas de higiene oral (incluidas técnicas de cepillado, uso de seda dental y control de placa bacteriana); consejería en dieta; promoción de la lactancia materna y cuidado del recién nacido; pautas de autocuidado, autoestima; información sobre las principales patologías en cavidad bucal; atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia; trabajo con agentes comunitarios; trabajo en ámbitos de vida cotidiana (escolar, familiar, comedores, IPS); talleres colectivos; seguimiento y controles periódicos de refuerzo; e intercambio de saberes con diferentes contenidos.

La temática de educación en salud se identifica como de alta prioridad en procesos de capacitación para profesionales de la salud y personal auxiliar vinculado a procesos de atención y trabajo comunitario. Resulta primordial tener un trabajo sostenido con los profesionales y personal auxiliar, teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar fortalezas conceptuales y herramientas prácticas que cualifiquen estas acciones; aún más cuando la práctica odontológica tradicionalmente ha tenido avances hasta ahora incipientes en este campo. Es evidente que la utilidad de la educación en salud, en términos de cambiar conductas en personas, es

***El modelo tradicional se piensa en una relación asimétrica, memorística, repetitiva y centrada en la enfermedad. Es necesario superar este modelo de manera que se hagan posibles metodologías de trabajo que faciliten el diálogo de saberes y la comprensión de las representaciones sociales relacionadas con el autocuidado, la atención odontológica, la valoración del cuerpo, etc.***

valorada muy positivamente por los profesionales, sin embargo, es importante trabajar más alrededor de la importancia de cambios estructurales de orden social, necesarios para procurar condiciones saludables en sujetos y colectivos y sostener prácticas autónomas que protejan la salud.

### **El modelo pedagógico**

Es necesario construir un enfoque compartido del modelo pedagógico que oriente las actividades educativas en salud oral. El modelo tradicional se piensa en una relación asimétrica, memorística, repetitiva y centrada en la enfermedad. Es necesario superar este modelo de manera que se hagan posibles metodologías de trabajo que faciliten el diálogo de saberes y la comprensión de las representaciones sociales relacionadas con el autocuidado, la atención odontológica, la valoración del cuerpo, etc. Desde esta perspectiva, se deben propiciar metodologías horizontales del trabajo educativo en salud, darle cabida a la creatividad y a la innovación pedagógica.

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

- Herramientas de investigación: necesarias para la identificación de necesidades sociales en salud, conocimientos y representaciones sociales, relaciones sociales en los territorios

y ámbitos de vida cotidiana, y evaluación de las acciones de educación en salud, entre otros.

- Desarrollo de habilidades comunicativas y de trabajo comunitario: incluyendo habilidades sociales de escucha, conectividad, empatía, etc. Para quienes





trabajamos en salud, y específicamente en el desarrollo de las acciones de educación en salud, estas habilidades se convierten en requisito fundamental para establecer relaciones horizontales que permitan dialogar con otros, construir alternativas vinculadas a la realidad cotidiana y sostener acuerdos establecidos.

- Desarrollo de material pedagógico y estrategias educativas: el conocimiento y utilización de técnicas específicas por grupos etarios o condiciones de los grupos humanos permitirá concretar aspectos conceptuales y principios de la educación en salud en las acciones concretas. Es deseable vincular experiencias de expresiones artísticas, como teatro, cuentería, danza, canto, etc.
- Capacitación en desarrollo de proyectos y técnicas evaluativas: un gran número de acciones de educación en salud no incluyen la evaluación como parte fundamental del proceso. Se recomienda hacer énfasis en este aspecto en futuras capacitaciones, incluyendo los diversos métodos establecidos desde los objetivos de las acciones de educación en salud.

**Nota:**

Sin desconocer el valioso papel de los procesos educativos en salud, potenciados desde enfoques pedagógicos alternativos, es

***Sin desconocer el valioso papel de los procesos educativos en salud, potenciados desde enfoques pedagógicos alternativos, es necesario relativizar, como principio de realidad, sus alcances.***

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

***i. Modelos de contratación con las empresas administradoras de planes de beneficios.***

La modalidad de contratación entre las entidades aseguradoras y las prestadoras de servicios de salud influyen, en gran medida, en el modelo de atención. En el análisis de viabilidad de implementación de las guías se encontró que los odontólogos sienten que las metas que deben cumplir y los tiempos asignados por actividad influyen en la calidad de la atención y pueden ser barreras para la aplicación de las recomendaciones formuladas.

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

Para la aplicación de los métodos y medios diagnósticos propuestos en las guías se requiere de una mayor asignación de tiempo y su retribución económica debe ser mayor.

Todo el proceso de atención de calidad parte de un adecuado diagnóstico que implica una valoración integral del paciente, y el análisis de los factores de riesgo presentes, así mismo como es necesario contar con ayudas complementarias sencillas pero necesarias para identificar lesiones tempranas que actualmente no son detectadas y constituyen en el corto futuro una gran carga de la enfermedad.

Se recomienda privilegiar la prevención sobre la curación y aunque los medios diagnósticos se consideran actividades intermedias que se encuentran incluidas en los eventos finales, en realidad no se cubren o simplemente no se están utilizando. Se propone aumentar el valor de la evaluación actual y diferenciarla cuando exista la utilización de medios diagnósticos, como la radiografía coronal en el caso de la detección de caries ínter proximal

La contratación por evento es acertada para la atención de los pacientes no afiliados al sistema, y en general los rubros establecidos pueden ser viables para la atención, pero algunos aspectos de prevención pueden ser exagerados, como la aplicación de sellantes no necesarios.

Los aspectos de educación en salud no están bien reconocidos en esta contratación y es posible que por tal situación no se realicen de forma adecuada.

En resumen, la contratación por evento es conveniente para las partes, pero algunos rubros deben ser revisados para asignarles el valor que deben tener, como la valoración del paciente y la educación en salud.

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

En cuanto a la contratación con otras entidades aseguradoras, los hospitales de la red pública tienen, generalmente, contratos por capitación con las EPS del régimen subsidiado; si bien este tipo de contratación compromete al hospital a un manejo adecuado de los recursos, éste no puede convertirse en barrera de acceso a los servicios para los pacientes, ni recorte de acciones en salud en aras de la disminución de costos. La red pública debe ser solidaria con

***La educación no es el único, el principal, ni el mecanismo más valioso para modificar conductas o mejorar las condiciones de salud oral. Mejorar las condiciones de vida de las personas y propiciar proyectos de vida autónomos tienen más efectos positivos sobre la salud, y la salud oral, que las tareas educativas, por muy esforzadas y repetitivas que ellas sean.***



la inversión en los afiliados y beneficiarios del régimen subsidiado, mediante acciones de prevención de alta efectividad partiendo de diagnósticos acertados. Estos aspectos, que en la evidencia científica demuestran su costo-efectividad, deben ser bien considerados por la dirección del servicio para la posterior formulación de nuevos modelos de atención.

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

***j. Infraestructura actual y capacidad instalada en la red pública.***

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

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

#### ***k. Sistemas de Información.***

Una de las grandes deficiencias en la concepción del actual sistema de salud fue su insuficiencia de información. Por varios años se careció de un sistema que aportara información de la cobertura, de la situación de salud, del desarrollo de las acciones colectivas, de la prestación de servicios y 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, etc.

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

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

Se deben destacar en este punto los esfuerzos que viene realizando la Secretaría en la construcción del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO), que unido a otros sistemas permitirá resolver esta problemática.

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

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

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

## Líneas estratégicas de acción

### Gestión de los servicios de salud oral

Las líneas de gestión de los servicios de salud oral deben relacionarse con la estrategia del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO) para adecuar su respuesta, así como también con los sistemas de información en general. A continuación se describen las distintas líneas.

1. La integración de los servicios de salud oral requiere ser analizada en función del contexto de segmentación y de mercado del sgsss. Son los sujetos y sus familias el eje de la gestión y de la articulación funcional de estos, en la



perspectiva de garantizar la respuesta más integral posible, más oportuna y más adecuada. Para ello se requiere que la red pública, asumiendo su rol de rectoría territorial, construya líneas bases sobre la atención a poblaciones y territorios priorizados y desarrolle los mecanismos de seguimiento. Esta tarea se realizará tanto en el marco de las acciones de promoción, en los “escenarios de vida cotidiana”, como en los espacios clínicos. Esta línea de gestión tiene como propósito derivar a los pacientes, o los grupos de pacientes, a la red pública y garantizar para ellos las actividades de promoción, prevención y asistencia; o bien derivarlos<sup>3</sup> a otras instancias públicas del orden local o, de ser necesario, a la red privada. En este último caso, la gestión se complementa con acciones de seguimiento y de abogacía por la salud oral.

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

<sup>3</sup> Usamos la palabra “derivar”, y no remitir, para denotar que la actividad implica seguimiento y retroalimentación del proceso, elementos que son indispensables para habilitar las acciones de abogacía social.

gestión pertinente. El nivel territorial queda encargado de hacer el seguimiento. Este ejercicio puede hacerse de manera más o menos individual, como en el caso mencionado, pero también de manera grupal.

Esta línea de gestión debe complementarse con el desarrollo de una agenda debidamente planeada de mesas de diálogo social por la salud oral a nivel local o territorial. A las que deberían asistir miembros de la red pública, de la red privada y miembros de las instituciones y organizaciones sociales y de la comunidad en general, a fin de planear, evaluar, valorar las dificultades, los logros y las metas relacionadas con la situación de salud oral de la población, construir un horizonte compartido sobre el panorama local o territorial, generar escenarios para el monitoreo social en salud oral y apoyar formas para organización y gestión social de las comunidades. Un soporte a esta tarea puede ser la elaboración de los planes locales de salud pública contemplados por la ley.

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

A pesar de la necesidad de mantener los indicadores de morbilidad, es necesario avanzar en otros que señalen resultados en salud, como: proporción de personas que, terminado el tratamiento, acuden por prevención o por control, porcentaje de per-

sonas por grupos priorizados con tratamiento terminado y con protocolos de prevención, etc.

3. La auditoría sobre la gestión de los servicios debe realizarse sobre modelos más integrales y apropiados a la gestión en salud oral. En ese propósito, la evaluación debe incorporar indicadores que permitan valorar la integralidad, continuidad, oportunidad y accesibilidad. Indicadores del tipo: proporción de pacientes con tratamientos terminados y protocolos de prevención; proporción de pacientes en mantenimiento (pacientes con tratamiento terminado que buscan el servicio para control); porcentaje de tratamientos terminados; porcentaje de pacientes que demandaron el servicio y fueron atendidos según rangos de tiempo, etc. Estos indicadores podrían también considerarse bajo criterios de equidad.

Para fortalecer la participación comunitaria en los espacios de gestión territorial, como las mesas de diálogo social por la salud oral, se hace necesario el desarrollo de procesos de capacitación en estrategias de monitoreo social, identificando indicadores trazadores de la situación local o territorial y que sean de fácil apropiación por parte de los agentes comunitarios.



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

4. Los servicios adoptarán, adicionalmente, guías o protocolos de atención por sujetos (niños(as), mujeres gestantes, adultos mayores, etc.), sin dejar aquéllas que son obligatorias para el Sistema Único de Garantía de la Calidad, y diseñarán rutas para la atención sanitaria que posibiliten integrar acciones de asistencia, prevención y promoción de la salud oral. Estas guías y rutas se establecen como las herramientas de seguimiento a los pacientes individual y colectivamente considerados, en los escenarios de “vida cotidiana” y asistenciales.
5. La línea de gestión de recursos e insumos debe, además de atender los requerimientos propios de los servicios, orientar estrategias que permitan cualificar la gestión de recursos al campo de la salud oral, bien sea como resultado de la gestión con el sector privado, los recursos UEL u otros recursos, incluso de nivel internacional. Se demanda de estas acciones que no sean espontáneas, que obedezcan a un plan de trabajo, que cuente con mecanismos de información de posibles fuentes de recursos, que sus prácticas se cualifiquen al más alto nivel posible, etc. En especial para la Red Pública en Salud Oral, la anterior debería ser una estrategia compartida entre varios hospitales y territorios. Esta acción está reconocida también en el lineamiento sobre gestión de la política.

## **Modelo de Atención en Salud Oral**

### **Objetivo 1:**

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

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

necesidades identificadas de atención y las normas y políticas de prestación de servicios vigentes”.

El nuevo modelo de atención para la ciudad debe orientarse según las siguientes premisas:

### Premisas ético-valorativas y políticas:

- Los servicios deben velar por la integridad física, psicológica y moral de las personas.
- La equidad es el principio rector del modelo y prima sobre la eficiencia económica. Se trabajará en función de acciones razonablemente<sup>4</sup> eficientes.
- Rectoría pública: responsabilidad sobre la salud oral en un territorio; básicamente a partir de la negociación, concertación o acuerdos, y estructurando acciones colectivas.

### Premisas conceptuales:

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

---

<sup>4</sup> El principio de razonabilidad se construye y se fija colectivamente en función de lógicas cuasi-eficientes en las que se preserve, como elemento central, la equidad en salud oral.



### Premisas operativas y funcionales:

- La organización del modelo adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud (A.P.S.) como el eje estructural, funcional y articulador del modelo de servicios de salud oral de Bogotá.
- La estructura organizativa de los servicios debe contemplar su distribución, teniendo como núcleo operacional la salud familiar y comunitaria, marco articulador de la respuesta con enfoques diferenciales en salud.
- El modelo planea acciones individuales y colectivas bajo un mismo enfoque funcional, intentando garantizar el mayor grado de articulación entre estas dos dimensiones de la atención.
- Los esquemas de atención deben velar por la eficiencia y la eficacia social de los servicios.
- La atención en salud oral se desarrollará en el marco de programas de salud existentes, velando por la atención integral y multi-profesional, sin desmedro de los propios esquemas de planeación y evaluación.
- La participación comunitaria y social con capacidad para la toma de decisiones debe garantizarse en todos los niveles

- de la operación de la política (distrital y territorial), en todos los escenarios de acción y a lo largo de todo el ciclo de planeación y evaluación de la política.
- El modelo de la política identifica por los menos cuatro niveles de medición y monitoreo institucional y social:
    1. Medición de procesos de gestión de la política, con énfasis en la participación social y la gestión interinstitucional.
    2. Medición de los procesos administrativos y económicos.
    3. Medición de eventos saludables, construcción de conocimientos y prácticas protectoras de la salud.
    4. Medición de los eventos de enfermedad en la perspectiva convencional.
  - Articulación funcional y operativa de las acciones de promoción, prevención y asistencia.
  - La articulación funcional de las acciones de promoción, prevención y asistencia demanda la elaboración de guías de atención no centradas en la enfermedad, sino en los sujetos (mujer gestante, adulto mayor, etc.) que integren asuntos biológicos o sociales, que incluyan acciones desde diferentes disciplinas, y que articulen acciones individuales de atención con promocionales en los ámbitos de vida cotidiana. También estas guías deben extenderse para población vulnerable (con enfoque diferencial: poblaciones desplazadas, minorías étnicas, y población en situación de discapacidad). La elaboración de las guías por sujetos no excluye el uso de las guías clínicas para el tratamiento de la enfermedad.
  - Relación clara de la atención en salud oral con otros programas de atención, por ejemplo: crecimiento y desarrollo, atención prenatal, control de enfermedades crónicas, etc.
  - Gestión del modelo: incluye gestión “hacia adentro”, gestión territorial (incluye la gestión familiar y comunitaria) y vínculo con la gestión de la política.

***La articulación funcional de las acciones de promoción, prevención y asistencia demanda la elaboración de guías de atención no centradas en la enfermedad, sino en los sujetos (mujer gestante, adulto mayor, etc.) que integren asuntos biológicos o sociales, que incluyan acciones desde diferentes disciplinas, y que articulen acciones individuales de atención con promocionales en los ámbitos de vida cotidiana.***

- Planeación territorial de los servicios y trabajo en territorios priorizados (esto permitirá materializar el enfoque de equidad, que también implica incluir la perspectiva diferencial).
- De acuerdo con la normatividad vigente y calidad de los servicios, se tendrán en cuenta los siguientes niveles funcionales: atención individual por odontólogos generales; atención individual por odontólogos especializados a partir de remisiones; acciones colectivas realizadas en todos los escenarios por odontólogos con formación o experiencia en trabajo comunitario en salud; y atención individual en contextos hospitalarios por odontólogos generales o especializados, según las necesidades de cada caso. Realización de acciones individuales o colectivas por personal auxiliar bajo supervisión del profesional odontólogo(a).
- Definición clara de las actividades y mecanismos de integración de los diferentes niveles de complejidad en la atención.

#### **Atributos de los servicios que se ofrecen**

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

#### **Soportes críticos del modelo de atención en salud oral**

- Distribución equitativa geográfica y poblacional de los recursos de salud oral, con especial énfasis en la oferta pública de servicios.
- Adecuar la oferta de servicios de salud oral a las responsabilidades contractuales, es decir que se cuente con infraestructura y recursos suficientes.
- Estructura operativa territorial que involucre una coordinación responsable de la gestión territorial institucional y los procesos de planeación.



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

#### Estrategias:

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

#### Responsables:

- Dirección de Desarrollo de Servicios.
- Grupo funcional de Salud Oral.
- Dirección de Salud Pública.
- Coordinadores de Salud Oral de los hospitales.

#### Objetivo 2:

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

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

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

#### **Estrategias:**

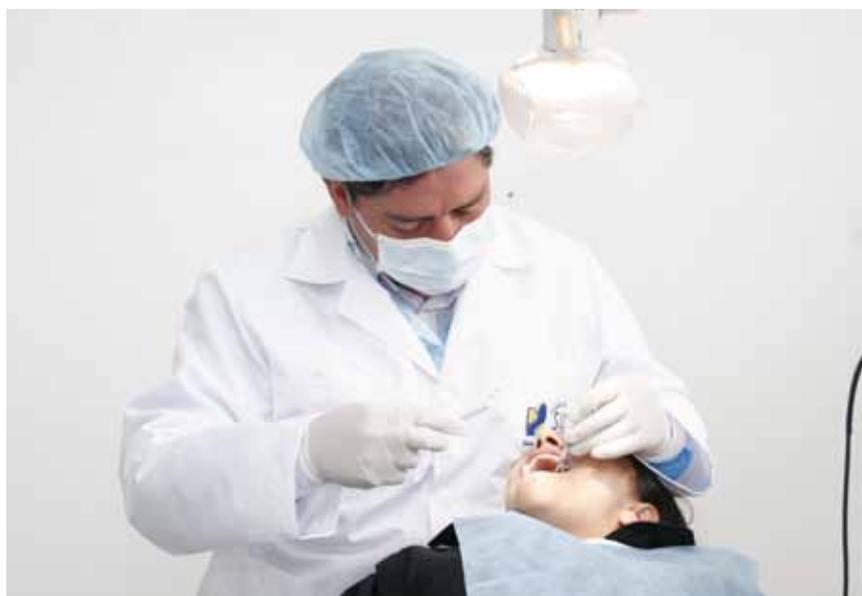
- Adelantar un diagnóstico de necesidades de infraestructura y equipos.
- Análisis técnico, administrativo y financiero de los dispositivos médicos a adquirir disponibles en el mercado.
- Realizar el proceso de adquisición.
- Realizar la instalación de los equipos.
- Iniciar el protocolo de mantenimiento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

#### **Responsables:**

- Dirección de Desarrollo de Servicios.
- Grupo Funcional de Salud Oral.
- Coordinadores de Salud Oral de los hospitales.
- Hospitales de la Red Pública.
- Proveedores y hospitales.

#### **Objetivo 3:**

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



Los modelos de contratación deben tener en cuenta los nuevos estándares de atención, las guías de manejo clínico y los criterios de calidad. Debe mejorarse la capacidad de negociación de los hospitales y buscar recursos adicionales para la sostenibilidad de los programas de salud oral. En los contratos por evento entre la Secretaría Distrital de Salud y los hospitales, deben revisarse algunos rubros con base en los costos de la atención para garantizar que estas actividades son viables para los hospitales.

#### **Estrategias:**

- Realización de estudios de costos de los eventos de salud oral.
- Revisión de los rubros y metas de la contratación entre la Secretaría Distrital de Salud y los hospitales para la atención de la población no afiliada y los programas de Salud Pública.
- Revisión de la contratación entre la EPS del régimen subsidiado y los hospitales para el P.O.S.S. de salud oral, con base en el modelo de atención.

#### **Responsables:**

- Dirección de Aseguramiento.
- Coordinación de Salud Oral de los Hospitales.
- Dirección de Desarrollo de Servicios.
- Dirección de Salud Pública.
- Hospitales.
- Secretaría Distrital de Salud.
- EPS del régimen subsidiado.

#### **Objetivo 4:**

Fortalecer los proyectos colectivos con enfoque promocional y atención primaria en salud en las localidades y territorios.

Deben fortalecerse los programas comunitarios en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, como la familia, jardines infantiles, colegios, comedores comunitarios y espacios laborales, aumentando su cobertura y calidad. Debe garantizarse su financiación, y para ello pueden buscarse recursos adicionales con otras agencias

***También estas guías deben extenderse para población vulnerable (con enfoque diferencial: poblaciones desplazadas, minorías étnicas, y población en situación de discapacidad). La elaboración de las guías por sujetos no excluye el uso de las guías clínicas para el tratamiento de la enfermedad.***

**Deben fortalecerse los programas comunitarios en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, como la familia, jardines infantiles, colegios, comedores comunitarios y espacios laborales, aumentando su cobertura y calidad.**

nacionales e internacionales, además de los recursos de la localidad. Debe estimularse a los hospitales para la creación de programas innovadores, que resuelvan los problemas prioritarios en salud oral que tienen sus localidades y territorios. Especial atención debe darse a los programas de educación en salud oral para que logren un mayor impacto en la población y a la prevención en menores de 5 años y mujeres gestantes.

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

- En las ESE e IPS cada equipo de odontólogos y auxiliares de salud oral tendrá a su cargo grupos de familias que residen en un territorio definido. Los territorios serán priorizados según sus características económicas, sociales y culturales, articulándose al ejercicio desarrollado en Salud a su Casa. Sin embargo, la cobertura del modelo de atención se irá ampliando progresivamente a los demás territorios de la localidad.
- Los criterios de priorización familiar serán los mismos definidos en Salud a su Casa y ámbito familiar. Se realizará un diagnóstico oral familiar y comunitario a cada familia de los territorios priorizados, que recolectará información tanto en los consultorios como en los espacios extramurales. Este diagnóstico incluirá información sobre la situación del estado de salud (representaciones sociales o colectivas, problemas de salud y necesidad de tratamiento), características familiares (el ciclo evolutivo, la conformación y la estructura familiar, etc.) y condiciones de vulnerabilidad (pertenencia étnica, desplazados, discapacidad, etc.).
- El coordinador odontológico definirá un *plan de acción estratégico* territorial de su equipo de odontólogos para prestar los servicios a los grupos de familias priorizadas. Este plan se basará en los diagnósticos orales familiares y comunitarios. Además, el plan será orientado por el perfil de situación de salud oral de la localidad o territorio, en los planes estratégicos y en el plan operativo anual realizados por las redes. El

plan y su ejecución incluirán tanto acciones en el consultorio como en extramurales de nivel individual y colectivo. Las acciones realizadas en el territorio se harán, como mínimo, a través de los ámbitos de vida cotidiana que sean más pertinentes según el perfil, los planes y diagnósticos. Los planes de acción incluirán acciones del PIC, POS y NO-POS. Además, deberán considerar su articulación con otros programas de atención médica, como crecimiento y desarrollo, atención prenatal, enfermedades crónicas, etc. Estos planes deberán partir de las guías de atención del modelo.

- Los diagnósticos individuales, realizados en el consultorio y en los espacios extramurales, alimentarán constantemente los diagnósticos locales.
- La evaluación de la gestión se realizará a partir de los cambios en la situación de las condiciones orales individuales, familiares y comunitarias.
- Las familias que no puedan ser atendidas integralmente por los equipos de odontología serán remitidos a los profesionales de la salud o a las IPS que correspondan. Esta información y su seguimiento será suministrada a las redes de prestadores de servicios de salud oral y especialmente a las IPS, EAPB y asociaciones de usuarios específicas para el caso, pertenezcan o no a las redes. Los coordinadores realizarán seguimientos a las remisiones directamente y a través de las asociaciones de usuarios y organizaciones comunitarias.
- Una alternativa para realizar este seguimiento es la contratación de call centers.

### **Estrategias:**

- Aumentar la cobertura de los programas comunitarios.
- Prestar asistencia técnica y capacitación de los equipos territoriales de salud oral, en diseño y ejecución de programas de promoción en salud y educación en salud oral.
- Diseñar e implementar mecanismos de seguimiento de los programas comunitarios.

**Los criterios de priorización familiar serán los mismos definidos en Salud a su Casa y ámbito familiar. Se realizará un diagnóstico oral familiar y comunitario a cada familia de los territorios priorizados, que recolectará información tanto en los consultorios como en los espacios extramurales.**

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

#### **Responsables:**

- Dirección de Salud Pública.
- Hospitales.
- Secretaría Distrital de Salud.
- Universidades.
- Secretaría de Educación

## **Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Oral**

#### **Objetivo 1:**

Conformar redes de prestación de servicios de salud oral.

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

#### **Estrategias:**

- Las entidades con objeto social diferente, profesionales independientes, entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE), las asociaciones de usuarios de las ESE, IPS y EAPB, entidades de control, colegios, organizaciones sociales y comunitarias interesadas en la salud oral y entidades estatales, como organizaciones sociales y comunitarias de desplazados, de grupos étnicos, de discapacitados, de mujeres y de LGTBI, las alcaldías locales, las juntas administradoras locales y la Secretaría Distrital de Salud, podrán hacer parte de las redes de prestación de servicios de salud oral del Distrito. La Secretaría Distrital de Salud y la red pública hospitalaria promoverán la participación activa y permanente de todos y cada uno de estos agentes sociales



en las acciones en las redes de prestación de servicios de salud oral.

- La Secretaría Distrital de Salud y la red pública hospitalaria serán los responsables de la puesta en marcha y coordinación de las redes de prestación de servicios de salud oral.
- Cada red de prestación de servicios de salud oral tendrá a cargo la población residente en una localidad o un grupo de ellas, según lo defina la Secretaría Distrital de Salud.
- Cada red será responsable de la elaboración y actualización periódica de diagnósticos de la salud oral, a través de los perfiles de la situación de salud oral de la población que tienen a cargo. Los perfiles de la situación de salud oral de cada red tendrán, como mínimo, los siguientes apartes: determinantes sociales de la salud oral, aspectos demográficos, necesidades sociales de la salud oral, estado de la salud oral (perfil epidemiológico, representaciones sociales de la salud-enfermedad-atención, problemas de enfermedad oral, consecuencias de la enfermedad oral) y análisis de los servicios pertenecientes a la red (brecha oferta-demanda y modelo de atención). Además, identificarán perfiles de la situación de salud oral específicas para grupos sociales especiales y vulnerables y para territorios sociales. Como mínimo, los grupos sociales especiales y vulnerables a considerar

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

son: población en situación de desplazamiento, grupos étnicos y discapacitados. Los territorios sociales a priorizar los definirá cada red, teniendo en cuenta sus condiciones sociales, económicas, culturales y políticas. Se promoverá que estos perfiles sean realizados con el apoyo de las facultades de odontología y con la participación de organizaciones sociales y comunitarias.

- Cada red desarrollará un proceso de planeación a través de un plan estratégico de acciones de atenciones de salud oral POS, PIC y NO-POS de largo plazo y un plan anual operativo. El proceso de planeación tendrá como fundamento los perfiles de situación de salud oral. El plan estratégico de acciones de atenciones de salud oral y el POA incluirán acciones no-POS que sean pertinentes a las necesidades sociales de los individuos y grupos sociales pertenecientes a la localidad y los territorios a cargo.
- Las redes deberán gestionar la ejecución y evaluación del plan estratégico de acciones de atención en salud oral y del POA, de acciones POS, PIC y NO-POS a la población que las necesite según las competencias de sus miembros. Identificará los problemas para su ejecución y buscará resolverlos a partir de la conformación de alianzas estratégicas entre sus miembros y con agentes no pertenecientes a la red.
- Cada red priorizará las áreas clave donde se concentrarán los esfuerzos iniciales de diagnóstico, planeación, gestión y evaluación de acciones, y ampliará paulatina y progresivamente esas áreas.
- Las instituciones y agentes sociales que hagan parte de cada red definirán en común acuerdo su conformación y su modo de operación. Cada red de prestación de servicios de salud tendrá un sistema de gobernanza participativo.
- Cada red contará con un sistema de información integrado, ¿articulado con el sistema de información distrital?
- La participación de las redes se verá promovida a través del desarrollo de capacidades de sus miembros y de la transferencia de recursos informativos y organizacionales entre los

mismos. Dicha información se verá encaminada a generar incentivos que modifiquen las prácticas de los agentes.

- Los miembros de las redes deberán buscar comprometer a sus profesionales sobre la red y sus funciones.
- Las redes de prestación de servicios de salud oral deberán rendir cuentas anualmente por los resultados, efectos e impactos de la ejecución del plan estratégico de acciones en atención de salud oral y del POA.

#### **Evaluación:**

- Conformación y funcionamiento de las redes de prestación de servicios de salud oral en el Distrito.
- Construcción del plan estratégico de acciones de atenciones de salud oral y de los POA por parte de las redes de prestación de servicios de salud oral en el Distrito.
- Elaboración de los perfiles de situación de salud oral por parte de las redes de prestación de servicios de salud oral en el Distrito.

#### **Objetivo 2:**

Mejoramiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad en la atención en salud oral y su satisfacción.

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

#### **Estrategias:**

- La Secretaría Distrital de Salud deberá asesorar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio y a las IPS en la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud oral, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción, según lo establecido en el Decreto 1011 de 2006. Tal asesoría promoverá las oportunidades que brinda la participación en las redes de prestación de servicios de salud oral del Distrito para garantizar la

***La participación de las redes se verá promovida a través del desarrollo de capacidades de sus miembros y de la transferencia de recursos informativos y organizacionales entre los mismos. Dicha información se verá encaminada a generar incentivos que modifiquen las prácticas de los agentes.***

accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios. Además, promoverá la utilización de indicadores unificados de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios para todos los miembros de las redes.

- Cada red promoverá el análisis territorial y participativo de las autoevaluaciones de la red de prestadores de servicios de salud oral, realizadas por las EAPB miembros de la red y de las autoevaluaciones del proceso de atención de salud oral de las IPS miembros de la red, sobre accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios, establecidas en el decreto 1011 de 2006, de cada territorio, localidad o conjunto de localidades que tiene a cargo la red. Este análisis será parte central de los perfiles de situación de salud oral que elabora cada red en su capítulo sobre modelo de atención. Además, impulsarán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones conjuntas que propendan por superar los problemas encontrados en dichas autoevaluaciones. Estas acciones serán incluidas tanto en el plan de acciones de atención en salud oral como en el POA, señalados anteriormente.



- a. Las redes de prestación de servicios de salud oral promoverán al análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que se encaminen por mejorar las *condiciones de accesibilidad* geográfica, económica, cultural y organizacional a la población a cargo, especialmente de los grupos sociales vulnerables y especiales y de los territorios sociales definidos. Entre las posibles alternativas se promoverán las alianzas estratégicas entre los distintos agentes de las redes y de estos con programas de la Secretaría Distrital de Salud, como Salud a su Casa, Salud al Colegio, etc., y con otras Secretarías del nivel distrital, así como fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia entre los miembros de la red.
- b. Las redes de prestación de servicios de salud oral pueden ser utilizadas para aprovechar los beneficios de las economías de escala en la compra de insumos odontológicos para sus miembros. Esto debe redundar en la superación de barreras económicas de acceso.
- c. Las redes de prestación de servicios de salud oral promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen mejorar la capacidad de los individuos, grupos sociales y poblaciones de las localidades o territorios que tienen a cargo, particularmente de los grupos sociales vulnerables y especiales y de los territorios sociales definidos, para buscar y obtener atención en salud oral. Como mínimo, deberán desarrollar estrategias de inducción a la demanda de información, educación y comunicación, individuales y colectivas, basadas en estudios de conocimientos, actitudes y prácticas, representaciones sociales de la salud oral y de los servicios odontológicos, realizados en los perfiles de situación de salud oral.

***Las redes de prestadores de servicios de salud oral promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen, entre sus miembros, el mejoramiento de la pertinencia de las acciones de atención en salud oral que se desarrollen en las localidades y territorios sociales, particularmente para los grupos vulnerables y especiales.***

- d. Las redes de prestadores de servicios de salud oral promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen el mejoramiento de los problemas de oportunidad encontrados en las autoevaluaciones, principalmente de los grupos sociales vulnerables y especiales y de los territorios sociales definidos.
- e. La Secretaría Distrital de Salud, las IPS y las EAPB promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen, entre los miembros de las redes, el mejoramiento de la adherencia de los profesionales de la salud de las guías de práctica clínica, la historia clínica unificada y la adherencia a las normas de bioseguridad. Entre las alternativas se deberá incluir, como mínimo, que la Secretaría Distrital de Salud, las IPS y las EAPB realicen procesos de capacitación de las guías de práctica clínica (GPC), en los cuales se advierta sobre las funciones que cumplen en la gestión clínica, su flexibilidad, su efectividad, su impacto, se capacite sobre nuevos procedimientos incluidos en las GPC y se rompa con la inercia de prácticas previas. La SDS socializará las GPC mediante la herramienta comunicacional masiva que considere.
- f. La Secretaría Distrital de Salud, las IPS, y las EAPB deberán garantizar las condiciones financieras y materiales para que las GPC sean implementadas.
- g. La Secretaría Distrital de Salud adelantará una investigación sobre la situación de la gestión de la calidad en la atención en salud oral en cada ESE.
- h. Las redes de prestadores de servicios de salud oral promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen, entre sus miembros, el mejoramiento de la pertinencia de las acciones de atención en salud oral que se desarrollen en las localidades y territorios sociales, particularmente para

los grupos vulnerables y especiales.

- i. Las redes de prestadores de servicios de salud oral asesorarán a sus miembros sobre las acciones de atención en salud oral del PIC, el POS y NO-POS que necesitan fortalecerse, complementarse o desarrollarse a partir de los perfiles de situación de salud oral de la población que tienen a cargo.
- j. Los prestadores de servicios de salud oral buscarán la *continuidad* en la provisión de los servicios mediante la realización de actividades, procedimientos e intervenciones de atención en salud oral del PIC y el POS a lo largo del tiempo, y de los individuos y grupos sociales a cargo, especialmente a través de alianzas estratégicas entre los miembros de la red de prestación de los servicios de salud. Esta continuidad incluye una *continuidad* de registros en salud, especialmente de las historias clínicas y de información en salud, mediante el sistema de información en salud oral.

#### **Evaluación:**

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

***La Secretaría Distrital de Salud, las IPS y las EAPB promoverán el análisis de alternativas y desarrollo de acciones en red que busquen, entre los miembros de las redes, el mejoramiento de la adherencia de los profesionales de la salud de las guías de práctica clínica, la historia clínica unificada y la adherencia a las normas de bioseguridad.***

**Los prestadores de servicios de salud oral buscarán la continuidad en la provisión de los servicios mediante la realización de actividades, procedimientos e intervenciones de atención en salud oral del PIC y el POS a lo largo del tiempo, y de los individuos y grupos sociales a cargo, especialmente a través de alianzas estratégicas entre los miembros de la red de prestación de los servicios de salud.**

## **Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica**

### **Objetivo 1:**

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

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

### **Estrategias:**

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

### **Evaluación:**

- Evaluación del sistema.

### **Responsables:**

- Dirección de Desarrollo de Servicios.
- Dirección de Planeación y Sistemas.
- Grupo técnico de Salud Oral.
- Coordinadores de salud oral de los hospitales.
- EPS públicas y privadas.

### **Objetivo 2:**

Ajustar e implementar la historia clínica de salud oral unificada para la red pública, digital y en línea.

La historia clínica es uno de los instrumentos para alimentar el sistema de información de la gestión de salud oral. Su unificación permitirá contar con información territorial completa, y su

digitalización resolverá los problemas de archivo y pérdida de datos y permitirá generar información en línea para el sistema; será, además, de gran ayuda para la gran movilidad que tiene la población en la ciudad.

#### **Estrategias:**

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



#### **Responsables:**

- Dirección de Desarrollo de Servicios.
- Dirección de Planeación y Sistemas.
- Grupo de trabajo de Salud Oral.

#### **Objetivo 3:**

Implementar y evaluar el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral (SISVESO).

El desarrollo del SISVESO en sus etapas de diseño y estudio piloto se han adelantado con éxito. La implementación de la estrategia de vigilancia centinela funciona actualmente en la red pública y se ha iniciado también en la red privada y red escolar.

Este sistema debe articularse con el sistema de información de la gestión de salud oral y el sistema nacional de vigilancia epidemiológica de salud oral, previsto dentro del Plan Nacional de Salud Pública.

Una vez afianzada la estrategia de vigilancia centinela para la red pública y privada en la ciudad, debe desarrollarse la estrategia de encuestas que ha de realizarse por lo menos cada 5 años. Posteriormente se continuará con las estrategias de investigaciones especiales y seguimientos a pacientes sanos.



### Estrategias:

- Implementación de la estrategia de vigilancia centinela en la red pública y privada de la ciudad.
- Diseño e implementación de la estrategia de encuesta en salud oral.
- Desarrollo de investigaciones epidemiológicas especiales dentro del sistema de vigilancia.
- Diseño e implementación de la estrategia de seguimiento del paciente sano.
- Evaluación del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral –SISVESO–.

### Responsables:

- Dirección de Planeación y Sistemas.
- Dirección de Salud Pública.
- Grupo Funcional de Salud Oral.

## Fortalecimiento de la Gestión del Talento Humano Odontológico

### Consideraciones temáticas sobre el lineamiento

La Política de Salud Oral de Bogotá, en su propósito por mejorar la situación de salud oral de la población, de reorganizar los servicios con miras a garantizar el derecho a la salud con perspectiva de equidad, bajo el enfoque promocional, requiere un esfuerzo colectivo, intersectorial e interdisciplinario, mediante la concertación entre actores y ámbitos, integrando acciones promocionales de la salud, preventivas de la enfermedad, educativas, protectoras, restaurativas y rehabilitadoras para toda la sociedad. Para lo cual el talento humano odontológico (profesionales, personal auxiliar, promotores, agentes comunitarios) debe estar formado e instruido; contando, para el desarrollo de su labor, con condiciones laborales óptimas que le permitan responder, con altos nive-

les de calidad, a la resolución de las necesidades y problemáticas de salud oral de la población del Distrito Capital.

Estas condiciones, relativas al talento humano en salud, han sido reconocidas como necesarias por el gobierno Distrital, a través de lo planteado en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011, donde define como uno de los objetivos del eje de prestación y desarrollo de servicios: “Contar con un talento humano del sector salud en el Distrito Capital calificado, motivado, bien remunerado y con bienestar”<sup>5</sup>.

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

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

El logro de esta meta debe reconocer y superar, mediante acuerdos, las complejas relaciones que actualmente se presentan entre formadores, personal del equipo de salud oral (profesionales, personal auxiliar, promotores, agentes comunitarios), administradores de la salud, prestadores y entes rectores para construir alternativas de acción que articulen esfuerzos y recursos de diferentes

***La Política de Salud Oral de Bogotá, en su propósito por mejorar la situación de salud oral de la población, de reorganizar los servicios con miras a garantizar el derecho a la salud con perspectiva de equidad, bajo el enfoque promocional, requiere un esfuerzo colectivo, intersectorial e interdisciplinario, mediante la concertación entre actores y ámbitos, integrando acciones promocionales de la salud, preventivas de la enfermedad, educativas, protectoras, restaurativas y rehabilitadoras para toda la sociedad***

<sup>5</sup> Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011, Bogotá abril de 2008.

***El logro de esta meta debe reconocer y superar, mediante acuerdos, las complejas relaciones que actualmente se presentan entre formadores, personal del equipo de salud oral administradores de la salud, prestadores y entes rectores para construir alternativas de acción que articulen esfuerzos y recursos de diferentes instancias e instituciones.***

instancias e instituciones. Ello con el fin de fortalecer la gestión del talento humano odontológico, para que de una manera cualificada, digna y responsable, afronte la situación de la salud y enfermedad oral de la población del Distrito Capital.

### **Problematización**

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

Entre las problemáticas identificadas se encuentran:

### **Condiciones laborales**

#### **El tipo de contratación**

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

Otra 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, avancen en procesos de comprensión, de generación de confianza, de aproximación con el territorio, y formen relaciones con las comunidades, permitiendo una transformación de sí mismos(as) y de su propia práctica, lo cual requiere un tiempo de apropiación.

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

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

La población de Bogotá tiene una alta necesidad de atención en salud oral. Para suplir las necesidades existentes debe ser ofrecido un número mayor 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<sup>6</sup>.

Se plantea una relación no coherente en razón a que existe un importante número de profesionales y personal auxiliar en la ciudad

<sup>6</sup> Política Pública de Salud Oral para el Distrito Capital con participación Social, 2004-2010. Bogotá, D.C. 2006.

***El logro de esta meta debe reconocer y superar, mediante acuerdos, las complejas relaciones que actualmente se presentan entre formadores, personal del equipo de salud oral administradores de la salud, prestadores y entes rectores para construir alternativas de acción que articulen esfuerzos y recursos de diferentes instancias e instituciones.***



y una alta necesidad de atención en salud oral, pero no existen ni la infraestructura, ni los puestos de trabajo para que estos sean contratados y suplir las necesidades.

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

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

### **La enfermedad profesional y los accidentes de trabajo**

Generados por las condiciones laborales, se han identificado como problemáticas críticas del personal que hace parte del equipo de

salud oral. Este es un aspecto que amerita atención especial por parte de la Secretaría 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 no sólo de responderle 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 desordenes pueden diferir en grado de severidad desde síntomas periódicos leves hasta condiciones debilitantes crónicas severas”<sup>7</sup>.

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

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

---

<sup>7</sup> León N, López A., Lesiones músculo esqueléticas en el profesional odontológico, Acta Odontológica, Vol. 44, N°3, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, 2006.

***Esta problemática amerita el planteamiento y desarrollo de procesos educativos, para que el personal del equipo de salud oral y el personal administrativo y directivo de los servicios conozcan los factores de riesgo a los que se está expuesto, sus efectos y medidas de protección y/o prevención.***

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

### **Idoneidad del talento humano odontológico**

- Se ha planteado como problemática importante del talento humano odontológico una debilidad en la comprensión y manejo, entre otros temas, de los referentes conceptuales, estratégicos, normativos y de la propuesta del plan de acción de la Política de Salud Oral, aspecto clave que debe ser abordado con los profesionales, con el personal auxiliar y demás integrantes del equipo de salud oral, como los promotores de salud y los agentes o líderes comunitarios.

Entre las temáticas débiles en su comprensión y manejo, se han identificado las correspondientes a áreas administrativas y de gestión, investigativas, de salud pública, clínicas, de bioseguridad, éticas, así como las concernientes a aspectos de comunicación y educación para la salud, trabajo comunitario y aquellas que hacen parte de los referentes conceptuales y estratégicos de la Política de Salud Oral.

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

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

que la adquisición de habilidades, conocimientos y comprensión del enfoque de la política se fortalece también en la medida que el talento humano opere y ejecute, en el día a día y de manera continuada, las acciones en el marco de la política.

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

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

### **Formación del talento humano odontológico**

La formación del talento humano odontológico ha generado, durante los últimos años, un debate importante, centrado en los perfiles del personal de salud que el país necesita para resolver las problemáticas de salud oral de la población.

***Es necesario monitorear las necesidades de capacitación en los territorios y, teniendo en cuenta estas particularidades, hacer una planeación y definir las estrategias más pertinentes para los procesos y acciones de capacitación.***

***La formación del talento humano odontológico ha generado, durante los últimos años, un debate importante, centrado en los perfiles del personal de salud que el país necesita para resolver las problemáticas de salud oral de la población.***

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

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

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

Estos convenios permiten contar con los escenarios y el contexto para una formación que brinde las herramientas conceptuales, actitudinales y las habilidades necesarias para afrontar la realidad del

proceso salud enfermedad de la población bogotana. Así mismo, abre la posibilidad de que los desarrollos académicos y avances conceptuales y tecnológicos, surgidos desde la academia, nutran las propuestas de modelos de atención, dinámica de los servicios de salud oral y, en general, las líneas de acción de la Política de Salud Oral del Distrito Capital.

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

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

Si bien la relación docencia-servicio implica la concertación de dos actores principales, como son las instituciones formadoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud, es necesario que la Secretaría Distrital de Salud, en su función de rectoría, asuma el liderazgo de la convocatoria y llamado a los formadores, tanto de profesionales de la odontología como de personal auxiliar y promotores de salud, para la concertación de los aspectos nucleares de esta relación; no sólo bajo el marco de la normatividad vigente en el país para este efecto, sino bajo las líneas de acción definidos en la Política de Salud Oral de la ciudad.

Este campo encuentra actualmente un espacio allanado a partir de la *Resolución 1101 del 11 de noviembre de 2009 de la*



*Secretaría Distrital de Salud*, por la cual se establece la Alianza por la Salud Pública entre el grupo de trabajo por la Salud Pública del Distrito Capital y la Secretaría Distrital de Salud. Las Instituciones que participan en esta alianza son: la Secretaría Distrital de Salud, las universidades formadoras de profesionales en salud<sup>8</sup> y afines, las organizaciones académicas, OPS/OMS, las IPS, y demás actores sociales que promueven la docencia, la extensión y la investigación, orientadas a la solución de los problemas de salud de los colombianos.

En esta resolución se reafirma el papel que tienen las universidades y las organizaciones académicas en las transformaciones sociales necesarias para mejorar las condiciones de vida y salud, a partir de la formación de profesionales, técnicos y auxiliares social-

<sup>8</sup> Actualmente en el Distrito Capital existen siete programas de Odontología pertenecientes a: Universidad Nacional de Colombia, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Antonio Nariño, unicoc (Colegio Odontológico Colombiano), Fundación Universitaria San Martín y Universidad Cooperativa de Colombia.

mente competentes, acorde con las necesidades y exigencias del Distrito y del país.

Entre sus objetivos se encuentran: construir conjuntamente –Secretaría Distrital de Salud, universidades, organizaciones académicas, OPS, IPS y otros actores sociales del Distrito Capital– propuestas para el fortalecimiento en la formación y capacitación del talento humano en salud pública, que articule las políticas, planes, programas y estrategias de salud pública y educación superior, con acciones a corto, mediano y largo plazo. Este es un escenario que debe ser desarrollado aprovechando este acuerdo de voluntades y acogiendo para este desarrollo el compromiso, explicitado en la resolución 1201 de la SDS, de “delegar un representante de cada una de las áreas misionales de la SDS con capacidad de decisión a participar de forma permanente en el grupo de trabajo y sus mesas y el compromiso de ubicar la coordinación técnica de la participación de la SDS en la alianza en la Subsecretaría de Salud”<sup>9</sup>.

## Líneas estratégicas de acción para el fortalecimiento de la gestión del talento humano odontológico

### Dignificación de las condiciones de trabajo

#### Objetivo:

Mejorar las formas de contratación con miras a una mayor estabilidad laboral y a la dignificación del trabajo del talento humano odontológico de la ciudad, en procura de la calidad de los servi-

<sup>9</sup> Resolución 1201 del 21 de noviembre de 2009, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

***Si bien la relación docencia-servicio implica la concertación de dos actores principales, como son las instituciones formadoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud, es necesario que la Secretaría Distrital de Salud, en su función de rectoría, asuma el liderazgo de la convocatoria y llamado a los formadores, tanto de profesionales de la odontología como de personal auxiliar y promotores de salud, para la concertación de los aspectos nucleares de esta relación; no sólo bajo el marco de la normatividad vigente en el país para este efecto, sino bajo las líneas de acción definidos en la Política de Salud Oral de la ciudad.***

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

cios en salud oral y del cumplimiento de los objetivos de la política pública.

**Estrategias:**

- Investigación y monitoreo orientado a identificar y evidenciar características específicas de las condiciones laborales del talento humano odontológico de la ciudad, tanto en ips públicas como privadas, que permitan proponer líneas de acción para mejorar las condiciones laborales y las formas de contratación.
- Gestión por la dignidad laboral odontológica en Bogotá: A partir del análisis de la información aportada a través del proceso investigativo y de monitoreo, y la aportada por el observatorio de recursos humanos en salud y el Observatorio Nacional de Salud Bucal (nodo Bogotá), realizar acuerdos y alianzas con los demás profesionales de la salud, con el fin de emprender acciones en el nivel territorial con las ESE(s) y con los prestadores privados con miras al mejoramiento de las condiciones laborales.
- Articularse a las estrategias que se están desarrollando o que se desarrollen a futuro en esta misma vía en la ciudad.

**Evaluación:**

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

**Responsables:**

Grupo funcional o gestor de política de la SDS, ESE(s) y EPS.

## Prevención de las enfermedades y accidentes profesionales

### Objetivo:

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

### Estrategias:

- Identificación de la magnitud del problema de enfermedad profesional y accidentes de trabajo del equipo de salud oral, y del tipo de población de la profesión en la que se está presentando a través de la creación de un sistema de reporte de los tipos de accidentes, de las incapacidades de los profesionales, el tipo de patología y el número de horas de trabajo de este personal, entre otros datos, por parte de las ESE(s) y las EPS(s) de Bogotá.
- Cruce de información con el sistema de enfermedad profesional y accidente laboral del Ministerio de la Protección Social y eventuales conversatorios con profesionales.
- Con base en la información obtenida, avanzar en las propuestas y acciones de reorganización de los procesos de trabajo que propendan por un ejercicio de la odontología menos incapacitante y de mayor calidad.



- Diseño e implementación de estrategias educativas, dirigidas al talento humano del equipo de salud oral y a los empleadores, sobre los factores de riesgo ocupacionales a los que el personal de salud está expuesto, sus efectos, medidas de protección y/o prevención.

### Evaluación:

- Funcionamiento de un sistema de reporte de enfermedad profesional y accidentes de trabajo.
- Análisis permanente de los datos arrojados por el sistema de reporte, en cruce con información de otras fuentes, como el sistema de enfermedad profesional y accidente laboral del Ministerio de la Protección Social e información de fuente directa a través de conversatorios con profesionales y demás integrantes de los equipos de salud oral.
- Implementación de acciones de reorganización de procesos de trabajo del talento humano odontológico, identificadas como necesarias en los análisis realizados.
- Estrategias educativas en desarrollo, dirigidas al talento humano del equipo de salud oral y a los empleadores, sobre los factores de riesgo ocupacionales a los que el personal de



salud está expuesto, sus efectos, medidas de protección y/o prevención.

### **Responsables:**

- Dirección de Talento Humano, Grupo de trabajo de la Secretaría Distrital de Salud.
- ESE(S).
- Aseguradores privados, las administradoras de riesgos profesionales y los comités paritarios de salud (COPASOS).

## **Educación continuada y permanente del talento humano**

### **Objetivo:**

Garantizar, para el desarrollo del modelo de servicios con calidad y, en general, para el desarrollo de la política bajo el enfoque de derechos con perspectiva de equidad, el desempeño de profesionales idóneos y capaces de articularse a las tendencias de las políticas, planes y programas en desarrollo y de proponer nuevas alternativas para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud oral en la capital.

### **Estrategias:**

- Monitoreo permanente de las necesidades de capacitación en los territorios, teniendo en cuenta las particularidades territoriales y locales.
- Planeación y definición de las estrategias más pertinentes al contexto territorial para los procesos y acciones de capacitación.
- Cualificación permanente del talento humano odontológico del Distrito Capital en temáticas relacionadas a las áreas administrativas, investigativas, de salud pública, de salud colectiva, de ciencias sociales en salud, clínicas, de bioseguridad y éticas, así como en aspectos de comunicación y educación para la salud, trabajo comunitario y aquellos que hacen parte de los referentes conceptuales y estratégicos de la Política de Salud Oral.

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

El proceso de cualificación se puede realizar a través de cursos, conversatorios, boletines y espacios de socialización de experiencias, entre otras estrategias, obedeciendo a un plan de formación vinculada al trabajo y que responda a lo propuesto en la política.

- Revisión de los procesos de selección de los(as) odontólogos(as) que presten el servicio social obligatorio y del personal del equipo de salud oral que ingrese nuevo a los servicios, de manera que los perfiles seleccionados contribuyan al desarrollo de la política.
- Realización de cursos o jornadas de inducción a quienes ingresan al servicio social obligatorio y, en general, al personal de salud oral que ingrese a los servicios.
- Realización de jornadas de socialización e intercambio de experiencias territoriales y locales entre los profesionales y auxiliares de las ESES(s), los promotores, la academia el grupo funcional de la SDS y las IPS.
- Articulación de la Secretaría Distrital con otros sectores e instituciones, como el Observatorio de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social, el Observatorio Nacional de Salud Bucal (nodo Bogotá), facultades de odontología de Bogotá, la Asociación Colombiana de facultades de Odontología ACFO, la Federación Odontológica Colombiana, y el grupo de trabajo de la Alianza por la Salud Pública del Distrito Capital, para establecer dinámicas de estudio, análisis y discusión de temáticas relacionadas con el talento humano de salud oral de la ciudad.

### Evaluación:

- Proceso de monitoreo y diagnóstico permanente de necesidades de cualificación.
- Plan anual de educación continuada dirigida al talento humano que hace parte del equipo de salud oral.
- Cumplimiento del plan propuesto.
- Procesos de inducción sobre los referentes, líneas de acción y aspectos de gestión de la Política de Salud Oral al personal

- de salud oral que ingresa a los servicios, incluyendo a quienes ingresan a realizar el servicio social obligatorio.
- Participación del talento humano del equipo de salud oral en la planeación territorial.
  - Desarrollo de jornadas de socialización e intercambio de experiencias territoriales y locales entre los profesionales, auxiliares de las ESES(s) y demás personal del equipo de salud oral, la academia, el grupo funcional de la SDS y las IPS.
  - Desarrollo de jornadas de análisis y discusión con otros sectores e instituciones sobre aspectos sobre el talento humano odontológico.

#### **Responsables:**

- Grupo gestor de la política.
- Subsecretaría de la SDS.
- ESE(s) e IPS(s).
- Universidades y facultades de odontología.
- Instituciones formadoras de talento humano en salud.

### **Fortalecimiento de la relación docencia/ servicio**

#### **Objetivos:**

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

#### **Estrategias:**

- Incorporación en el debate político distrital en salud a las facultades de odontología y centros investigativos, con el fin de lograr que las agendas de formación profesional, de

**Objetivo:**  
**Garantizar, para el desarrollo del modelo de servicios con calidad y, en general, para el desarrollo de la política bajo el enfoque de derechos con perspectiva de equidad, el desempeño de profesionales idóneos y capaces de articularse a las tendencias de las políticas, planes y programas en desarrollo y de proponer nuevas alternativas para el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud oral en la capital.**



investigación y educación continuada incorporen aquellos asuntos problemáticos identificados como prioritarios para la ciudad<sup>10</sup>.

- Articulación de los procesos de formación del recurso humano y los escenarios de prestación de servicios y trabajo comunitario en salud y otros escenarios en el nivel territorial, mediante el desarrollo de acciones que permitan que los procesos de formación del recurso humano se articulen a las dinámicas propias de los servicios de salud oral en Bogotá. Esta articulación se realiza a través del desarrollo de convenios docentes asistenciales con las ESE para incorporar la relación docencia-servicio en la red de atención en salud oral en Bogotá<sup>11</sup>. Se recomienda estudiar la posibilidad de concertar estos convenios entre instituciones de educación superior y servicios desde una lógica territorial de la ciudad.
- Inducción sobre los referentes, líneas de acción y aspectos de gestión de la Política de Salud Oral a los(as) estudiantes que ingresan a la red de servicios de salud oral en el marco de los convenios docente-asistenciales.

<sup>10</sup> Pacto por la Salud Oral en Bogotá D.C. octubre de 2004.

<sup>11</sup> Ibid.

- Concertación de proyectos conjuntos entre IPS e instituciones formadoras de talento humano en salud oral.
- Desarrollo de procesos de planeación del talento humano odontológico que se requiere hacia el futuro, más allá de una planeación referida a la cantidad, orientada a resolver las necesidades reales de la población.
- Construcción de una metodología para la evaluación de la relación docencia-servicio, concertada con los diferentes actores involucrados<sup>12</sup>.

### **Evaluación:**

- Existencia de convenios docencia-servicio, entre las instituciones formadoras del talento humano odontológico de la ciudad y los hospitales de la red pública.
- Existencia de escenarios y agendas de debate político entre la SDS, las EPS, IPS e Instituciones formadoras de talento humano odontológico que incluyan temáticas como: la planeación del recurso humano odontológico y acciones que propicien el desarrollo del modelo de atención de la red pública, entre otros.
- Desarrollo de una metodología concertada para la evaluación permanente de la relación docencia/servicio.

### **Responsables:**

- Grupo gestor de la política de la SDS.
- Actores participantes: IPS públicas y privadas, facultades de odontología e instituciones formadoras del talento humano en salud.

**Objetivo:**  
**Fortalecer el trabajo sostenido con las universidades a través de procesos de formación del talento humano odontológico, en el marco de las líneas estratégicas de la política, gestionadas desde los servicios locales de salud oral**

<sup>12</sup> Plan de Acción de Salud del Distrito Capital, 2008-2011, Bogotá, abril de 2008.