

# Evaluación de la política de salud oral de Manizales 2007 - 2017

Dora Cardona Rivas  
Luz Dary Joya Rodríguez  
Gloria Amparo Aguirre Ospina  
{Investigadoras}

Héctor William Restrepo Osorio  
Leidy Lisbeth Moreno Meza  
Italia Sofía Betancur Sánchez  
Comité de Salud Oral de la  
Secretaría de Salud de Manizales  
{Colaboradores}



**Evaluación de la  
política de salud  
oral de Manizales  
2007 – 2017**



Cardona Rivas, Dora

Evaluación de la política de salud oral. Manizales 2007 - 2017 / Dora Cardona Rivas, Luz Dary Joya Rodríguez, Gloria Amparo Aguirre Ospina; editado por Laura V. Obando Alzate – Primera edición. Manizales : UAM, 2018

89 p. : il.

ISBN: 978-958-8730-97-4

1. Promoción de la salud. 2. Higiene oral 3. Políticas públicas – Participación ciudadana. 4. Política de salud - Manizales

I. Joya Rodríguez, Luz Dary. II. Aguirre Ospina, Gloria Amparo. III. Obando Alzate, Laura. editora

UAM 362 C268

CO-MaBABC

Fuente: Biblioteca Alfonso Borrero Cabal, S.J.

© Editorial Universidad Autónoma de Manizales

Antigua Estación del Ferrocarril

E-mail: editorial@autonoma.edu.co

Teléfono: (56+6) 8727272 Ext. 166

Manizales-Colombia

Miembro de la Asociación de Editoriales Universitarias de Colombia, *ASEUC*

Título: Evaluación de la política de salud oral de Manizales 2007-2017

Autoras: Dora Cardona Rivas

Luz Dary Joya Rodríguez

Gloria Amparo Aguirre Ospina

E-mail: dcrivias@autonoma.edu.co /

Joya.rodriguez@autonoma.edu.co /

gaguirre @autonoma.edu.co

Colaboradores: Héctor William Restrepo Osorio / Leidy Lisbeth Moreno Meza / Italia Sofia Betancur Sánchez / Comité de Salud Oral de la Secretaría de Salud de Manizales

Manizales, septiembre de 2018

ISBN: 978-958-8730-97-4

Editora: Laura V. Obando Alzate

Corrección de estilo: Luis David Obando López

Diseño y Diagramación: Sebastián López / Estratosfera diseño: estratosfera.com.co

Rector: Gabriel Cadena Gómez *Ph.D*


Comité Editorial:

Iván Escobar Escobar, Vicerrector Académico UAM. María del Carmen Vergara Quintero *PhD.*, Coordinadora Unidad de Investigación. Laura V. Obando Alzate, Editora y Coordinadora Editorial UAM. Francy Nelly Jiménez García *PhD.*, representante de la Facultad de Ingenierías. Mónica Naranjo Ruiz *Mg.*, representante de la Facultad de Estudios Sociales y Empresariales. Dora Cardona Rivas *PhD.*, representante de la Facultad de Salud. Juliana López de Mesa *PhD.*, Editora de la Revista *Ánfora*. Wbeimar Cano Restrepo *Mg.*, Director de la Biblioteca. Luisa Fernanda Buitrago Ramírez *Mg.*, Directora Revista Araña que Teje. Nancy Liliana Mahecha Bedoya, representante de la Vicerrectoría Administrativa y Financiera.

# **Evaluación de la política de salud oral de Manizales 2007 – 2017**



Dora Cardona Rivas  
Luz Dary Joya Rodríguez  
Gloria Amparo Aguirre Ospina  
(Investigadoras)



Héctor William Restrepo Osorio  
Leidy Lisbeth Moreno Meza  
Italia Sofía Betancur Sánchez  
Comité de Salud Oral de la Secretaría  
de Salud de Manizales  
(Colaboradores)





<b>Lineamientos para el direccionamiento de la Política de Salud Oral del municipio de Manizales 2018 - 2021</b> .....	121
Marcos de referencia de los lineamientos .....	125
Marco estratégico .....	141
Marco de referencia del modelo de atención en salud .....	144
Enfoques .....	152
Componentes operacionales del Modelo	
Integral de Atención en Salud .....	158
<b>Referencias</b> .....	167





















## *Antecedentes*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud bucal (oral) es una dimensión esencial de la salud y el bienestar con influencia notoria sobre la calidad de vida de los grupos humanos. En Colombia la valoración continua de la salud bucal ha llevado a la realización de cuatro estudios nacionales que miden el comportamiento de los indicadores de salud bucal (índice COP y sus componentes, COP-D modificado y sus componentes) en diferentes grupos poblacionales, con el propósito de valorar los efectos de planes, programas y proyectos derivados de las políticas que incluyen la salud bucal como objeto de intervención.

De acuerdo con lo encontrado en los índices COP-D de los tres estudios nacionales de salud bucal, se podría pensar que la caries dental es una enfermedad con tendencia a desaparecer y que ha sido controlada a través del tiempo. Sin embargo, es necesario considerar que el índice COP-D indica que las personas tienen cada vez menos dientes con eventos relacionados con la caries (afección y tratamiento). A pesar de la reducción en el índice COP-D, esta patología dental afecta a un porcentaje muy alto de la población, ya que el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) IV muestra que el 88,7% de los colombianos posee historia de caries en la dentición permanente. Adicionalmente, en la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 se observó que la consulta odontológica por algún problema en la cavidad oral es la tercera causa

de atención en consulta externa, mientras que la consulta preventiva en salud oral está relegada al puesto catorce [1].

*Cuadro 1.  
Situación de salud  
oral de poblaciones  
objetivo.  
Manizales, 2006*

<i>Evidencia/grupo poblacional</i>	<i>Descripción</i>
Causas de consulta	Caries dental y estructuras de sostén de los dientes, primera y tercera causas de consulta de toda la población.
Indicadores de salud oral en gestantes	Morbilidad oral en gestantes. Reconocimiento insuficiente de la salud oral como componente de la salud gestacional por parte de beneficiarias y personal de salud.
Infancia temprana	Alta incidencia de caries temprana. Insuficiente cuidado de la salud oral por parte de padres y cuidadores.
Adolescentes	Prevalencia de caries y enfermedad periodontal. Uso de <i>piercing</i> . Estética en salud oral.
Población adulta	Demanda de servicios de salud oral por dolor o trauma. Soluciones mutilantes en la solución de los problemas.
Población adulta mayor	Edentulismo, enfermedad periodontal, caries radicular, restauraciones protésicas insuficientes y deficientes.
Población en situación de discapacidad mental, motora y sensorial	Demandas en salud oral que requieren abordaje especial.

*Fuente: Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública, Comité de Salud Oral [2].*

En consonancia con la importancia dada a la salud oral, el Municipio de Manizales adoptó y adaptó la Política Nacional de Salud Bucal, Resolución 3577 del Ministerio de la Protección Social. La Secretaría, asumiendo su responsabilidad en la ejecución de las acciones del Plan Nacional Bucal en lo que concierne a la “vigilancia en salud pública, prestación de servicios a la población vinculada y a la población del Régimen Subsidiado a través de las entidades con las que realicen las contrataciones respectivas y la vigilancia en los cambios en los perfiles de la población”<sup>1</sup> formuló como estrategia la concertación de actores en la población del área de influencia, la creación del Comité de Salud Oral y la incorporación de las directrices de los planes nacionales de Salud Pública.

La situación de la salud oral en el momento de formulación de la Política Pública 2007 - 2016, revelada a través de estudios epidemiológicos, perfiles epidemiológicos y estudios cualitativos, mostraba varias situaciones como las que se observan en el cuadro 1.

La Secretaría de Salud de Manizales, mediante la concurrencia de los actores relacionados con la salud oral, adhirió en 2007 a un proyecto de salud del que se esperaban lograr las metas en salud oral propuestas por la OMS en ese año. Para tal efecto, con la asesoría y veeduría del Comité de Salud Oral (creado a través del decreto 0256 de diciembre de 2006), se pretendió canalizar los esfuerzos interinstitucionales en función de una política de salud oral para la inclusión, la disminución de inequidades y el desarrollo de líneas estratégicas que contribuyan a la calidad de vida de la población. Dicha política y sus estrategias siguen las directrices del Plan Nacional de Salud Pública 2007 en su objetivo 3 sobre Mejoramiento de la Salud Oral, el cual es incorporado en el nivel municipal.

Los objetivos de la política se concretan en las estrategias formuladas para la gestión: 1) de la salud oral en el ámbito municipal,

---

1. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006.

2) del posicionamiento de la salud oral, 3) del acceso a servicios de salud de calidad, 4) del recurso humano, y 5) de la información.

Los actores que concertaron dicha política fueron la Secretaría de Salud de Manizales, Assbasalud, la Universidad Autónoma de Manizales, el Hospital Infantil de la Cruz Roja, y las EPS e IPS Unisalud, Sol Salud, Salud Vida, Caprecom, el Seguro Social, ESE Clínica Rita Arango, Seguro Social, Jaibaná IPS, Cosmitet y Clínica Manizales. A 2017 ya no se encuentran Seguro Social, Caprecom y Clínica Manizales.

A los cuatro años de la promulgación de la Política de Salud Oral, la Secretaría de Salud Pública realizó una evaluación por objetivos con el fin de identificar los avances obtenidos durante la implementación de la política y considerar la pertinencia o no de las estrategias propuestas en cada línea estratégica. En el año 2011 se realiza esta revisión por medio de un contrato entre el Municipio de Manizales y Assbasalud ESE. Los logros más relevantes y las limitaciones de esta revisión por líneas estratégicas se describen en el cuadro 2.

*Cuadro 2. Logros y limitaciones observados en la evaluación de la Política de Salud Oral - 2011*

<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Logros</i>	<i>Limitaciones</i>
Gestión de la salud oral a nivel municipal	Conformación del Comité de salud Oral y continuidad de las sesiones mensuales.	Variaciones frecuentes de algunos de los miembros del comité.
	Estructura administrativa centrada en el coordinador del programa de salud oral.	Sin avances reportados en definición y difusión de derechos y deberes en salud oral.

<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Logros</i>	<i>Limitaciones</i>
Posicionamiento de la salud oral	Se cuenta con imagen del Programa de Salud Oral.	Sin evaluación de impacto de la imagen de salud oral.
	Programa de establecimientos educativos con prioridad en población rural y algunos establecimientos de las comunas más vulnerables.	Trabajo poco articulado con la Secretaría de Educación. Limitaciones presupuestales para el programa de salud oral en restaurantes comunitarios.
	Capacitación periódica del personal de salud en ejercicio sobre la salud oral de gestantes y niños.	Sin avances en la gestión de la incorporación del componente de salud bucal en programas de formación técnica y profesional.
	Acercamientos con prueba piloto para la incorporación de la salud bucal en los planes de salud ocupacional.	No inclusión de la salud bucal en los protocolos de salud ocupacional.
	Capacitación y certificación en el cuidado de la salud bucal a distintos grupos poblacionales (niños y adolescentes), líderes, gestores y comunidad en general.	Sin seguimiento a los beneficiarios de las capacitaciones.

<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Logros</i>	<i>Limitaciones</i>
Calidad y acceso a los servicios odontológicos por (Atención Primera en Salud (APS) y consulta institucional.	Avance en documento sobre odontograma en el marco de la Ley 100 de 1993.	Poca motivación y participación del talento humano. No se avanza en análisis integral de los criterios de la historia clínica.
	Avance limitado de un documento sobre estandarización de protocolos de educación individual en salud bucal y de instrumento para auditoría odontológica. Avance de guía estandarizada de criterios básicos de auditoría odontológica.	Baja adherencia de las IPS para adoptar guías de atención y protocolos.  Sin guías de atención de las diez primeras causas de consulta odontológica programada y de urgencia. Baja adherencia de las IPS.
	Se hace intervención piloto del programa Odontobebé.	Carencia de fuentes de financiación.
	Se avanzó en el proceso de integrar el componente de salud bucal a la estrategia AIEPI (Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) y a los programas de Promoción y Prevención del Municipio.	No hay inclusión del componente de salud bucal en las capacitaciones dirigidas al personal de salud.
	Capacitación a cuidadores y líderes de la salud en el cuidado oral preventivo.	Actividad sin seguimiento.

<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Logros</i>	<i>Limitaciones</i>
Gestión del recurso humano en salud bucal	Consolidación y continuidad de las sesiones académicas mensuales desde 2007.	Falta de compromiso de las entidades para la organización y coordinación de las sesiones.
	Cursos de formación en <i>International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)</i> .	Variabilidad de intereses en la actualización de los profesionales y de las instituciones a las que están vinculados.
Gestión de la información en salud bucal	Formulación de un proyecto para la actualización de la línea de base de los indicadores definidos para la evaluación y el monitoreo de la política.	Financiación del proyecto.
	Reporte de indicadores de salud y factores de riesgo de los usuarios atendidos a través de los contratos del programa de Salud Oral de la Secretaría de Salud Pública.	Elaboración de contratos de atención sin consolidación de los datos por falta de recursos.
	Adaptación de los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para convocar IPS centinela.	Se convocaron 12 y se consolidó el proceso con 7.
	Estandarización de procedimientos del registro de caries dental y fluorosis/ Envío de reportes a las instancias respectivas.	Poco interés de IPS convocadas.

Fuente: adaptado de Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública, Comité de Salud Oral [2].

Adicionalmente, en el año 2014 se realizó la evaluación del proceso de la política en su formulación, implementación y seguimiento a metas de corto y mediano plazo. Para entonces, se consideraron relevantes la existencia de la política, de las alianzas intersectoriales y del posicionamiento de la salud oral en el nivel municipal. En cuanto a las metas, no se observan logros en las metas de corto plazo, al parecer, porque no son competencia de los actores<sup>2</sup>.

Este análisis no trascendió a una reformulación de la política y se mantuvo el plan de acción 2007-2017, con excepción de los objetivos que no eran competencia de la política, como la estandarización de guías para el municipio en las diez primeras causas de consulta odontológica, la guía estandarizada de criterios básicos de auditoría odontológica, y la estandarización de requisitos de habilitación y fortalecimiento de los procesos de auditoría con profesionales de la odontología, por considerarse que eran competencia del Ministerio de Salud y Protección Social o de las EPS.

Al desarrollo de las líneas estratégicas de la política de salud bucal se articuló en 2012 la Alianza por un Futuro Libre de Caries (AFLC), participando de las actividades diseñadas en el marco de las líneas estratégicas de la política.

La política fue evaluada en el año 2017 mediante la utilización de la metodología basada en Resultados para el Desarrollo de Políticas y Programas Públicas, que aportará información para la toma de decisiones futuras, en particular sobre los procesos de planificación de programas de salud en el municipio. La interpretación de los logros y pendientes de la política se realizó en el marco de las metas propuestas en 2007 y reformuladas en 2011.

Para la evaluación se siguieron los siguientes momentos:

---

2. Cfr: Herrera, B. Y. *Evaluación del proceso de la política pública de salud oral de Manizales - Colombia 2015* [Trabajo de grado de maestría en Salud Pública]. Manizales: Universidad de Caldas, 2015.



1. Preevaluación. Etapa a través de la cual se estableció con los funcionarios a cargo de la implementación de la política su estado de avance, informantes clave y el modelo de evaluación a aplicar. Aspectos de esta fase se muestran en el marco de referencia.
2. Preparación de la evaluación. Se establecieron los términos de referencia para la evaluación, se firmó el contrato de la Secretaría de Salud con la Universidad de Manizales, se conformó el equipo de evaluadores y se acordó la estructura de la evaluación.
3. Diseño y ejecución de una investigación evaluativa.

En este libro se presenta la investigación realizada, esperando se constituya en un aporte para renovar los procesos de planificación territorial que permitan obtener los efectos e impactos deseados, y un uso eficiente de los recursos territoriales.

## *Objetivos*

### *Objetivo general*

Evaluar los resultados de la Política de Salud Oral del Municipio de Manizales 2007 – 2017 durante el año 2017, con el propósito de formular los lineamientos para la salud oral 2018 - 2021.

### *Objetivos específicos*

- Describir la Política de Salud Oral y el respectivo mapa de resultados a partir del análisis de la política.
- Determinar la efectividad de la política en el mejoramiento de los indicadores de salud oral de la población a las edades centinela (5, 12, 25, 35, 45, 55 y 65 años).
- Describir los resultados de las líneas estratégicas de la política formuladas en 2007 y sus alcances al año 2017.
- Determinar la cuantía y uso de los recursos económicos en la ejecución de la Política de Salud Oral.
- Caracterizar la contribución de los involucrados y de las alianzas a la instrumentalización de las líneas estratégicas para el logro de la efectividad de la política.
- Generar lineamientos para el direccionamiento futuro de la Política de Salud Oral del Municipio de Manizales.

## Marco conceptual

### Salud bucodental

Para la OMS la salud bucodental es fundamental para disfrutar de buena salud y una buena calidad de vida. La define en términos de ausencia de alteraciones en la boca, las encías, los dientes y de otros eventos que afecten los tejidos bucodentales que limiten la capacidad de las personas para morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

El problema de la caries dental en Colombia ha sido documentado en numerosos estudios de carácter local y en los tres estudios nacionales (1965, 1984 y 1998), incluso antes de las declaraciones de la OMS (cuadro 3).

<i>Autores</i>	<i>Morbilidades descritas</i>	<i>Hallazgos</i>
Mejía, Agualimpia, Torres, Galán y Rodríguez. 1965.	Caries dental, enfermedad periodontal, anomalías dentofaciales y estado protésico.	El 91 % de la población de 5 años y más estaba afectada por caries en dientes permanentes. La experiencia de caries dental en el grupo de 5 a 14 años era de 76,6%, con el 96,1% para el grupo de 15 a 19 años y 100% en los mayores de 45 años.

*Cuadro 3. Salud bucal en estudios de morbilidad realizados en Colombia*

<i>Autores</i>	<i>Morbilidades descritas</i>	<i>Hallazgos</i>
Moncada-Eraza. 1984.	Higiene bucal, periodontopatías, caries dental, anomalías dentofaciales, patologías bucales, prótesis.	El estudio, realizado entre 1977 y 1980, encontró que la caries comenzaba en los niños antes de completar el primer año de vida. Al año, el promedio de dientes cariados, con extracción indicada y perdidos por caries (índice CEO-D) fue de 0,44, de 3,46 a los cuatro años y 4,19 a los cinco. En la población general, el COPD fue de 3,5 y el 75,8% de las personas presentaba experiencia de caries dental.
Ministerio de Salud-Centro Nacional de Consultoría. ENSAB III. 1998.	Caries dental, enfermedad periodontal, fluorosis dental, disfunciones articulares, anomalías oclusales, dentofaciales y de los tejidos blandos.	Se incluyó el registro de caries dental a partir de los 5 años: 60,4 % de los niños presentaban experiencia de caries dental y el CEO-D era de 3,0%. Las prevalencias en niños de 1 a 5 años fluctúan entre el 11,3% y 97%, según si se incluye o no la lesión no cavitada de caries dental. El CPOD pasa de 2,3 % a los 12 años a 5,2 % en las edades de 15-19 años, y un 89,5% de los jóvenes ha experimentado caries dental, cifra que se sitúa por encima del 95% a partir de los 20-24. Los mayores logros se reflejan en el índice CPOD a los 12 años, que ha pasado de 7,1 en 1966 [3] a 4,8 en 1977-80 [4] y a 2,3 en 1998 [5], con lo cual el país alcanzó la meta propuesta por la OMS de 3,0 % para el año 2000.

<i>Autores</i>	<i>Morbilidades descritas</i>	<i>Hallazgos</i>
Ministerio de Salud y Protección Social. ENSAB IV: 2013 - 2014.	Caries dental, enfermedad periodontal,	Morbilidad oral: 55%. La prevalencia de caries, incluyendo cavitada e incipiente entre 20 a 90%, se incrementa a medida que la edad aumenta. La prevalencia es mayor en la región Atlántica y menor en Bogotá y la región Central. Enfermedad periodontal: 71%. Pérdida de soporte periodontal desde el 0% a los 18 años hasta el 72%.

*Fuente: Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud Bucal [6].*

El Reporte Mundial de la Salud Oral de la OMS en 2003 señala que la extensión de las enfermedades bucales es un problema prioritario en salud pública, tanto por su impacto sobre la salud bucodental como de la salud general de la población. En el año 2007 la Asamblea de la OMS demanda una actualización de los sistemas de información en salud bucal, con el fin de mantener un proceso de monitoreo y vigilancia permanente de la problemática en el ámbito mundial.

En este sentido Colombia ha avanzado en el proceso por medio del Ministerio de Salud y Protección Social con las Direcciones Territoriales de Salud, con estudios recientes que, junto con la línea de base 2010-2011, permiten a las regiones actualizar el estado de salud bucal y evaluar los resultados, efectos e impactos de sus políticas, planes y programas en salud bucal.

Entre tales estudios, el ENSAB IV se constituye en el referente más importante en el país sobre la salud bucal y de gran relevancia para la concreción de las líneas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [7] y para la formulación de las políticas en salud, como lo señala la Ley 1438 de 2011. Las observaciones realizadas en la comparación de los resultados de los diferentes estudios han puesto en evidencia una reducción de la prevalencia y la severidad de la caries dental, con

aumentos en otras morbilidades como la enfermedad periodontal, y la fluorosis con menor severidad.

En Manizales, en sujeción al Plan de Desarrollo Municipal, la Política de Salud Oral 2007-2017 fue el resultado de la concertación de actores que adaptaron y adoptaron el Plan Nacional de Salud Bucal en respuesta a las necesidades observadas en las mesas de discusión desde el año 2005, a través de la resolución 3577 de 2006.

En cuanto a la medición de caries dental, los índices COPD de Klein y Palmer y CEOD de Gruebbel se utilizan desde 1935 y 1944 para la dentición permanente y primaria, respectivamente. Estos índices son útiles para valorar la severidad de la caries dental y su tratamiento, pero no reportan las lesiones en fases no cavitacionales. Por ello hoy se señala la importancia del abordaje de la caries dental como una enfermedad crónica que debe ser detectada desde sus manifestaciones iniciales.

Entre las nuevas propuestas se encuentra el sistema ICDAS, planteado por varios autores y difundido ampliamente en Colombia [8]. El ENSAB IV

Se basa en los criterios ICDAS para evaluar la condición de caries dental, teniendo en cuenta su amplia aceptación, la discriminación de las lesiones por grado de avance y la posibilidad de calcular a partir de las categorías 5 y 6 los índices CEOD de Gruebbel (1944) y COPD de Klein y Palmer (1938) requeridos por la OMS para garantizar la comparabilidad internacional y el análisis de tendencias a partir de los estudios nacionales previos [9 p. 37].

El uso de los criterios ICDAS y del COP permite comparar las condiciones de salud bucal de una población con el indicador de comparación internacional (COP), y este mismo indicador con las lesiones en los estadios iniciales de la caries (ICDAS). En el contexto de considerar la caries dental como un problema de salud pública, la Política de Salud Oral de Manizales [10] definió líneas, objetivos y metas, que se presentan a continuación:

## **Líneas estratégicas de intervención**

1. Fortalecimiento de la gestión de la salud oral a nivel municipal.
2. Posicionar la salud oral como componente la salud integral de la población, validando su impacto en la calidad de vida.
3. Mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios odontológicos por parte de la población más vulnerable por APS y consulta institucional.
4. Fortalecimiento de la gestión integral del recurso humano de salud bucal.
5. Mejoramiento de los procesos de gestión de la información, que den cuenta de forma oportuna de la situación de salud bucal de la población.

### **Objetivos de cada línea:**

Los objetivos de cada línea se muestran en el cuadro 7 en la descripción de categorías de análisis de la Política de Salud Oral. Interesa aquí destacar las metas de la política en el corto, mediano y largo plazo (un mayor detalle de las metas se observa en el Plan de Acción de Salud Oral 2007-2017).

### **Metas generales de la Política de Salud Oral:**

Corto plazo:

- Al 2008, estandarización de estrategias de tamizaje oral en niveles auxiliar y profesional.
- Al 2008, estandarización de criterios en educación de criterios en salud oral.
- Al 2008, el 50% de los prestadores capacitados en criterios ICDAS II.
- Al 2008, el 100% de los menores de un año con evaluación y pautas de salud oral en sus controles de crecimiento y desarrollo.
- Avances en todas las líneas estratégicas.

Mediano plazo:

- Alcanzar las metas de Plan de Salud Pública Municipal, en el objetivo No. 3: *Mejorar la salud oral*.
- Al 2010, mantener el COP promedio a los 12 años por debajo del índice local, según se ha confirmado con los estudios de 2008 (base en el 2003 = 1,31).
- Al 2010, lograr y mantener los dientes permanentes en mayores de 18 años en un porcentaje de la población superior al referente local, según se ha confirmado con los estudios de 2008. (Línea base 2003 = 69%).
- Avances en todas las líneas estratégicas.

Largo plazo:

- Al 2017, mejorar progresivamente los indicadores de salud oral, cumpliendo con las metas planteadas por la OMS para el año 2020.
- Al 2017, erradicar la caries de infancia temprana del Municipio de Manizales. Programa *Sonrisas sanas... todos felices*.

### *Evaluación de resultados del desarrollo: una perspectiva para la evaluación de políticas, programas y proyectos*

Para Aguilar y Ander Egg [11], la evaluación de políticas hace parte o es un subcampo del análisis de políticas públicas que tiene como componentes: a) la información sobre lo que tiene lugar en el marco de una política o programa; b) la emisión de juicios de valor / mérito respecto al éxito o fracaso de una política; c) la instrumentación, cuyo fin es aportar recomendaciones políticas y técnicas para mejorar la política evaluada y caracterizar el desempeño de los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de la política. No se refiere solo a la comprobación de conformidad de la acción pública, sino que expresa un juicio de valor acerca de los resultados e impactos (deseados o no)



que resulta de procesos analíticos rigurosos que exigen una metodología sólida.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), la evaluación es un proceso sistemático y objetivo que, como parte esencial del desarrollo de una política, provee información acerca de la relevancia, eficiencia, efectividad, impacto y sostenibilidad de las intervenciones [12]. Según la agencia estatal de evaluación de España [13], es un proceso muy complejo con prácticas y finalidades muy heterogéneas, con tensiones entre los componentes académicos y la lógica de las intervenciones públicas. Y según Bouzas [14], permite responder a las necesidades de gestión pública, de la rendición de cuentas, y sirve como guía de acciones futuras. En el ciclo de las políticas públicas la evaluación se presenta al final del mismo y, según diversos autores, ha de estar presente en cada momento del ciclo de las políticas públicas.

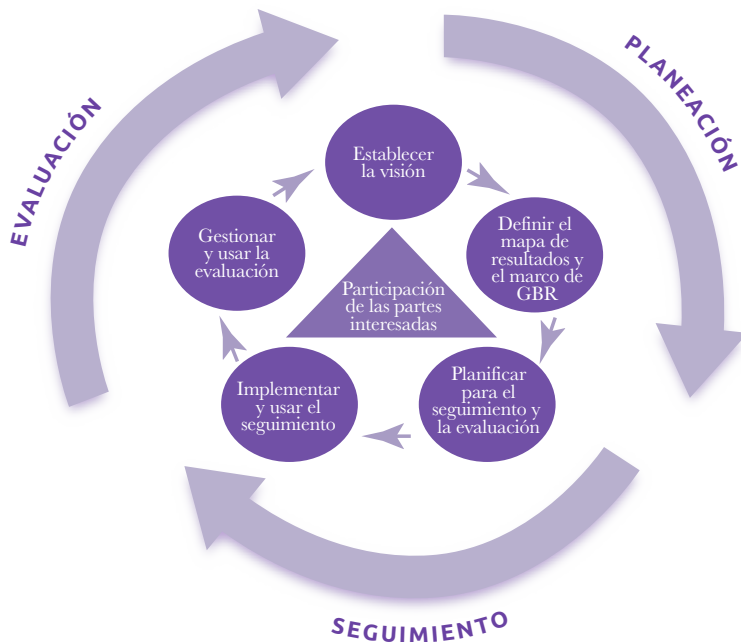
Cardona [15] señala que si bien el Canadian Health Services Research Foundation (CHSR) intenta desde hace más de 200 años poner en evidencia la influencia de las políticas en lo público, el objetivo ha tenido desarrollos poco contundentes. Una visión retrospectiva de lo que ha sido la evaluación revela tres tendencias que reflejan el espíritu y demandas de cada momento histórico. La primera generación de la evaluación se dio entre los años 1950 y 1970; su enfoque fue la medición / comparación entre los resultados de las intervenciones sociales. La segunda generación (1980) se interesa por la transparencia y la rendición de cuentas. Y la tercera generación, a partir de 1990, se orienta a la comprensión/aprendizaje/rendición de cuentas, y su énfasis está en el proceso y en los resultados.

El problema básico de los enfoques previos a 1990 es que se reconocían resultados, pero no se estaba aprendiendo sobre qué resultados se estaban logrando ni la forma en que se estaban logrando y, menos aún, lo que se estaba logrando fuera de lo ubicado en la matriz de resultados diseñada previamente. Esta perspectiva no permite a los gobiernos aprender sobre los procesos de cambio para poder construir

sobre las fortalezas de las intervenciones (llámese políticas, planes, programas o proyectos dirigidos a resolver un problema público) o para replicar el éxito.

A partir del año 2002 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) pone como centro de la evaluación los objetivos del desarrollo formulados en las políticas y crea un modelo de planificación, seguimiento y evaluación que recoge todas las fases del plan/ programa que sigue a la formulación de las políticas (figura 1). Esta perspectiva puede elaborarse para cualquier nivel de intervención y es apoyada y difundida por organismos internacionales como el Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

Figura 1. Etapas de la planificación para el resultado del desarrollo



Fuente: Aguilar M<sup>J</sup>, Ander-Egg E. *Evaluación de servicios o programas sociales* [11].

La clave para utilizar el modelo es la comprensión profunda de la relación intrínseca entre planificación, seguimiento y evaluación, teniendo claras sus diferencias. Este aspecto se muestra en el cuadro 4.

- Sin una planificación adecuada y una articulación clara de los resultados buscados, no está claro qué se debería supervisar, ni cómo; por tanto, no se puede hacer bien el seguimiento.
- Sin una planificación eficaz (marcos de resultados claros), la base de la evaluación es débil, por tanto, no se puede hacer bien la evaluación.
- Sin un seguimiento cuidadoso, no se pueden recabar los datos necesarios, por tanto, no se puede hacer bien la evaluación
- El seguimiento es necesario, pero no suficiente, para la evaluación
- El seguimiento facilita la evaluación, pero la evaluación utiliza la recopilación de nuevos datos adicionales y diferentes marcos para el análisis
- El seguimiento y la evaluación de un programa llevará a menudo a cambios en los planes del programa. Esto puede significar cambios adicionales o modificaciones en la recolección de datos para el seguimiento

*Cuadro 4.  
Articulación entre  
planificación,  
seguimiento y  
evaluación*

*Fuente: tomado de Aguilar M], Ander-Egg E. Evaluación de servicios o programas sociales [11].*

Según Aguilar Ander-Egg [11], la planificación es:

El proceso de establecer objetivos, desarrollar estrategias, trazar los planes de implementación y asignar recursos para alcanzar esos objetivos. Es importante destacar que la planificación implica precisar diferentes procesos:

- Identificar la visión, las metas u objetivos que se deben lograr.
- Formular las estrategias necesarias para alcanzar la visión y los objetivos.
- Determinar y asignar los recursos (financieros y de otro tipo) necesarios para alcanzar la visión y los objetivos.
- Perfilar los planes de implementación, lo que incluye los planes para supervisar y evaluar los avances logrados para alcanzar la visión y las metas.

El seguimiento es un proceso a través del cual los interesados obtienen regularmente una retroalimentación sobre los avances que se

han hecho para alcanzar las metas y objetivos; el foco de análisis son los logros. El seguimiento va más allá de la revisión de si los procesos y actividades tienen lugar de la manera como han sido planeados, ya que no se trata solo de revisión de los avances en la implementación sino también de las estrategias y acciones emprendidas por otros, a fin de reorientar los procesos en función de los resultados del desarrollo (efectos e impacto de los planes, programas o proyectos).

La evaluación es una valoración rigurosa e independiente del proceso que se lleva a cabo en la planificación para determinar si se están logrando los objetivos propuestos, para contribuir a la toma de decisiones, sin que se separe del seguimiento, ya que los dos se orientan a la toma de decisiones más acertadas para mejorar el desempeño y alcanzar los resultados de una política, plan, programa, proyecto o institución. La distinción clave entre los dos es que las evaluaciones son más rigurosas en diseño, procedimientos y metodología. Un proceso detallado del modelo propuesto se encuentra en el documento referenciado.

Dado que el proceso a realizar es la evaluación de la Política de Salud Oral utilizando el modelo de la gestión para resultados del desarrollo, a continuación se profundiza en las características de la evaluación según esta metodología, anotando que el diseño de la Política de Salud Oral, de sus metas y estrategias, no fue realizado bajo este modelo, pero que planear la evaluación desde esta perspectiva permite identificar las brechas entre la formulación de la política y los efectos esperados. El objetivo es mejorar el conocimiento acerca de los métodos y algunas herramientas disponibles para asegurar que la evaluación sea un aporte real para la toma de decisiones.

Esto debe explicitarse de manera amplia en la focalización de la evaluación, en los alcances definidos (metas) respecto a la unidad de análisis, el período en el que se realizará, los recursos económicos utilizados hasta el momento de la evaluación, la cobertura geográfica y los destinatarios o beneficiarios que se incluyen. La evaluación debe proporcionar evidencia creíble y útil sobre la producción de unos

resultados, los factores que contribuyen al logro de tales resultados, lo que fue implementado y las razones básicas para valorar la pertinencia y los criterios para la evaluación (ver cuadro 5).

<i>Criterio</i>	<i>Descripción</i>
Pertinencia	Grado en el que una iniciativa de desarrollo y sus productos y efectos esperados concuerdan con las políticas y prioridades nacionales y locales, así como con las necesidades de los beneficiarios.
Eficacia	Grado en el que la iniciativa ha logrado los resultados esperados (productos y efectos) y el grado en el que se ha avanzado para alcanzar esos productos y efectos.
Eficiencia	Mide si los insumos o recursos (como los fondos, la experiencia y el tiempo) han sido convertidos en resultados de forma económica.
Sostenibilidad	Mide el grado en el que los beneficios de las iniciativas continúan una vez ha terminado la asistencia de desarrollo externa.
Impacto	Mide los cambios en el desarrollo humano y en el bienestar de las personas que proporcionan las iniciativas de desarrollo, directa o indirectamente, de forma intencionada o involuntaria.

*Cuadro 5.  
Criterios para  
la evaluación  
en el enfoque de  
planeación para  
resultados del  
desarrollo*

*Fuente: adaptado de Aguilar M̄, Ander-Egg E. Evaluación de servicios o programas sociales [11].*

Para aplicar estos criterios a la evaluación se propone que haya una comprensión profunda de lo que se está evaluando, lo cual implica dar respuesta a aspectos clave, como los presentados en el cuadro 6.

Cuadro 6.  
Aspectos clave a tener en cuenta en la evaluación según gestión para los resultados del desarrollo

<i>Aspecto clave</i>	<i>Preguntas centrales</i>
Demanda	¿Cuál es la necesidad o la demanda para realizar la iniciativa? ¿Qué problema u oportunidad de desarrollo pretende atender la iniciativa?
Beneficiarios	¿Quiénes son los beneficiarios o destinatarios de la iniciativa? ¿Quiénes son los individuos, grupos u organizaciones, destinatarios o no, que se benefician directa o indirectamente del desarrollo de la iniciativa?
Alcance	¿Cuál es el alcance de la iniciativa en términos de límites geográficos y número de beneficiarios buscados?
Productos y efectos	¿Qué cambios (efectos) o productos y servicios (productos) tangibles se anticipan como resultado de la iniciativa? ¿Qué debe lograr el proyecto, programa o estrategia para que se considere exitosa? ¿Cómo se relacionan los objetivos del plan estratégico corporativo con los efectos buscados en las prioridades nacionales y locales?
Actividades	¿Qué actividades, estrategias o acciones, planificadas o no, lleva a cabo el programa para producir el cambio?
Teoría de cambio o mapa de efectos / resultados	¿Cuáles son los fundamentos y supuestos subyacentes, o la teoría que define las relaciones o la cadena de resultados que lleva la estrategia de la iniciativa a los efectos buscados? ¿Cuáles son los supuestos, factores o riesgos inherentes al diseño que pueden influir en el éxito o fracaso de la iniciativa?
Recursos	¿Qué cantidad de tiempo, habilidades, tecnología, recursos informativos y financieros se asignarán al esfuerzo?

<i>Aspecto clave</i>	<i>Preguntas centrales</i>
Estrategias de las partes interesadas y de los asociados	¿Quiénes son los principales actores y asociados implicados en el programa o proyecto que tienen un interés directo? ¿Cuáles son las funciones, la participación y las contribuciones, incluyendo los recursos financieros, las contribuciones en especie, el liderazgo y el apoyo, de las partes y de los asociados? ¿Cómo fue concebida la estrategia de alianzas? ¿Cómo opera?
Fase de implementación	¿Cuál es la madurez del proyecto o programa, es decir, en qué fase o año de implementación se encuentra? ¿Está siendo ejecutado en los plazos previstos? ¿Está el programa dedicado fundamentalmente a la planificación o implementación de actividades?
Modificaciones al diseño original	¿Qué cambios en los planes y estrategias de las iniciativas se han producido con el tiempo, si los ha habido? ¿Cuáles son las implicaciones potenciales en el logro de los resultados deseados?
Evaluabilidad	¿Puede ser evaluado creíblemente el programa de la forma en que está definido? ¿Están los resultados buscados (productos y efectos) definidos de forma adecuada, son apropiados, están formulados en términos cuantificables y son verificables? ¿Existen los sistemas de seguimiento y evaluación que proporcionarán datos válidos y confiables?
Temas transversales	¿En qué medida se han intentado incorporar los temas transversales clave y los valores nacionales y locales, y en qué medida se han abordado en el diseño, la implementación y los resultados?

*Fuente. adaptado de Aguilar M.J, Ander-Egg E. Evaluación de servicios o programas sociales [11].*

## Metodología

### Tipo de estudio

Investigación evaluativa de la Política de Salud Oral del municipio de Manizales según líneas estratégicas, mediante un proceso basado en la Gestión para Resultados del Desarrollo de Naciones Unidas [12]. Cada línea estratégica con sus objetivos se constituyó en categoría de análisis; cada línea estratégica orientaba el desarrollo de productos que, al ser usados por los beneficiarios directos de la política, contribuirían al mejoramiento de la salud oral. Este mejoramiento se evidenciaría por medio de los cambios en los indicadores de COP y COP-D modificado de la población entre los años 2011 y 2015.

Cuadro 7.  
Categorías de  
análisis

<i>Línea estratégica</i>	<i>Objetivos</i>
Gestión de la salud oral en el nivel municipal	Creación y consolidación del Comité Local de Salud Oral. Consolidación de la estructura administrativa del Programa de Salud Oral. Estandarización de administradores y usuarios en deberes y derechos en salud oral.
Posicionamiento de la salud oral	Estrategias de información, educación y comunicación (IEC). Inclusión de hábitos saludables y de autocuidado oral en el nivel escolar. Inclusión del componente de salud oral en el currículo de formación de otras disciplinas de la salud. Inclusión del componente salud oral en los planes de salud ocupacional. Capacitación en salud oral a cuidadores y comunidad en general.



<i>Línea estratégica</i>	<i>Objetivos</i>
Calidad y acceso a los servicios odontológicos por APS y consulta institucional	<p>Elaboración y revisión de guías de atención de prestación de servicios y procesos, así como la definición de estándares técnicos para el mejoramiento de la eficiencia y efectividad de la prestación de servicios en salud bucal.</p> <p>Estandarización de estrategias de tamizaje oral por personal auxiliar.</p> <p>Diseño de estrategias y esquemas de demanda inducida en salud bucal y de reducción de oportunidades perdidas.</p> <p>Estandarización de Atención Odontológica de Urgencias.</p>
Gestión del recurso humano de salud bucal	<p>Consolidación de la sesión académica en salud oral.</p> <p>Agenda de capacitación interinstitucional, incluida la socialización de resultados de investigación.</p> <p>Boletín virtual del Comité de Salud Oral.</p> <p>Fortalecimiento de equipos auditor/interventor con profesionales de odontología.</p>
Gestión de la información en salud bucal	<p>Construcción y actualización de la línea de base en los indicadores definidos para la evaluación y el monitoreo de la política pública.</p> <p>Transferencia de información a la Dirección Local de Salud por parte de los prestadores de servicios odontológicos.</p> <p>Reporte de indicadores del estado de salud oral y factores de riesgo de los usuarios atendidos por los contratos del Programa de Salud Oral de la Secretaría de Salud Pública.</p> <p>IPS centinela para la vigilancia de fluorosis.</p>

*Fuente. elaboración propia a partir de las metas de la Política.*

Cuadro 8.  
Variables

<i>Variable</i>	<i>Escala</i>	<i>Operacionalización</i>	<i>Indicador</i>
Caries dental	Razón	Índice de COP	Cambio en los valores de COP entre los años 2011 y 2015
Caries dental	Razón	Índice de COPD modificado	Cambio en los valores de COPD modificado entre los años 2011 y 2015
Edad	Razón	Fecha de nacimiento	Edades centinela: 5, 12, 18, 25, 35, 45, 55, 65 años

### *Diseño*

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos se diseñó un estudio basado en el modelo de evaluación para resultados del desarrollo. El estudio tuvo las siguientes fases: a) descripción de la política y su mapa de resultados, sus beneficiarios y presupuesto; b) identificación de los resultados de las líneas estratégicas definidos en la política, y c) medición de los efectos de la política por medio de los cambios en los valores de COP y COP-D entre los años 2011 y 2015 en las edades centinela en salud oral. El diseño fue concertado con las autoridades municipales las direcciones de Salud Pública y Salud Oral del Municipio, mediante una preevaluación del estado de implementación de la política y los actores sociales (grupos de interés) vinculados y comprometidos con esta y que participan en el Comité de Salud Oral del municipio. El modelo de evaluación aplicado fue el de evaluación para resultados del desarrollo del PNUD. El modelo aplicado es impulsado en América Latina por el ILPES. También es impulsado por el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados (Sinergia) del Departamento Nacional de Planeación de Colombia.

Las fuentes de información primaria fueron integrantes del Comité de Salud Oral, Assbasalud ESE, Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS), miembros de la Alianza por un Futuro Libre de

Caries en Manizales pertenecientes al capítulo Colombia, la Dirección de Calidad de la Secretaría de Educación y las direcciones de las instituciones educativas urbanas y rurales del municipio de Manizales.

Las fuentes de información secundaria incluyen documentos de la Secretaría de Salud de Manizales, Dirección de Salud Oral, y los informes de la Alianza para un Futuro Libre de Caries capítulo Colombia.

### *Población y muestra*

#### Fuentes primarias

Se realizó un muestreo por conveniencia de los integrantes del Comité de Salud Oral, de los miembros de la Alianza por un Futuro Libre de Caries, de los representantes de las entidades que formularon la política en el año 2007 y de quienes la evaluaron en 2011.

En cuanto a los beneficiarios directos de la política, se incluyeron 188 instituciones educativas (IE) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) del municipio de Manizales. La muestra de las IE se diseñó con un nivel de confianza del 95% y una probabilidad de error del 8,5%, que correspondió a 78 instituciones, seleccionadas aleatoriamente. Además, se identificaron todas las ARL ubicadas en el municipio de Manizales (en total, 9).

#### Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias sobre los resultados de la Política de Salud Oral fueron los estudios de levantamiento de línea de base 2011 y 2015 para el seguimiento a la política y una investigación realizada en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI).

Los dos informes de Assbasalud ESE sobre la ejecución de dos contratos de salud oral en el municipio y un informe de la Alianza por un Futuro Libre de Caries 2015-2017. Otras fuentes secundarias documentales fueron: 855 documentos entre cartas, actas, contratos, actas

de avance de contratos, circulares, documentos sobre varias temáticas en odontología, cuyo análisis permitió identificar las actividades realizadas para el logro de los objetivos de cada línea estratégica.

## *Instrumentos*

A partir de cada una de las categorías de análisis y sus objetivos se diseñaron entrevistas semiestructuradas relativas a la participación y los logros obtenidos en cada línea estratégica. Se diseñaron cinco instrumentos para establecer los cambios ocurridos a partir de la formulación de la política; estos fueron aplicados a la Secretaría de Salud Municipal, IPS, instituciones educativas y ARL.

### Instrumento para la Secretaría de Salud Municipal

De acuerdo con la línea estratégica de la política relacionada con la gestión de la salud oral en el nivel municipal se diseñaron ocho preguntas, las cuales dan cuenta de:

- Existencia de la evidencia de la constitución del Comité Local de Salud Oral.
- Verificación del organigrama del Comité Local de Salud Oral.
- Creación del cargo de coordinador de Salud Oral.
- Periodicidad de reuniones del comité por año.
- Seguimiento a los compromisos y acuerdos registrados en actas en relación con los objetivos de la política.
- Evidencia de los listados de asistencia a las sesiones del comité.
- Evidencia de la existencia de un documento relacionado con derechos y deberes en salud oral.
- Mecanismos de difusión del documento relacionado con derechos y deberes en salud oral.

Respecto al posicionamiento de la salud oral se diseñaron 10 preguntas, las cuales dan cuenta de:

- Articulación de las estrategias IEC en salud oral a los programas de salud en el nivel municipal.
- Mecanismo de difusión de material educativo en salud oral bajo la estrategia de IEC a la comunidad.
- Número de actividades diseñadas y aplicadas por año de la estrategia IEC.
- Existencia de un plan de capacitación en tamizaje oral dirigido a profesionales y auxiliares de salud oral.
- Periodicidad de las capacitaciones en tamizaje.
- Número de personas capacitadas o certificaciones emitidas en tamizaje en salud oral.
- Numero de cuidadores (niños, adolescentes y adultos mayores) y líderes capacitados y/o certificados en salud oral.
- Existencia de planes de capacitación sobre salud bucal dirigidas a las ARL.
- Existencia de planes de capacitación en salud bucal dirigida a personal en salud en ejercicio.
- Sensibilización a las instituciones universitarias y técnicas formadoras de talento humano en salud, para la inclusión del componente de salud bucal en sus contenidos curriculares.

Para la línea de gestión del recurso humano en salud se diseñaron siete preguntas, las cuales dan cuenta de:

- Existencia de boletines virtuales en salud oral.
- Periodicidad de los boletines virtuales.
- Número de consultas por año.
- Existencia de planes de capacitación para prestadores de servicios para las sesiones académicas lideradas por el Comité de Salud Oral (inclusive socialización de resultados de investigación).
- Agenda de temas desarrollados en el plan de capacitación.
- Número de sesiones académicas desarrolladas para la capacitación de prestadores y otros agentes de salud bucal.

- Evidencia de asistencia de los prestadores y otros agentes de salud bucal a las sesiones académicas.

Para la línea estratégica de la política relacionada con la gestión de la información en salud oral se diseñaron once preguntas, las cuales dan cuenta de:

- Existencia de protocolo para reporte de caries de infancia temprana como indicador de falla.
- Número de entidades a las que se les entregó el protocolo de caries de infancia temprana.
- Número de instituciones a las que se ha realizado seguimiento a la implementación del protocolo de caries de infancia temprana.
- Reporte realizado de casos de caries temprana reportados por las IPS.
- Número de IPS centinela para la vigilancia de fluorosis.
- Número de instituciones centinela a las que se ha realizado seguimiento para el reporte de fluorosis.
- Casos de fluorosis reportados por las IPS.
- Publicación de resultados de los reportes generados por las IPS centinela.
- Número de contratos que estableció la Secretaría de Salud Pública para la evaluación del estado de salud oral y factores de riesgo de grupos poblacionales.
- Número de contratos que estableció la Secretaría de Salud Pública para la atención de los usuarios beneficiarios de los contratos.
- Existencia de una línea de base en los indicadores definidos para la evaluación y monitoreo de la política.

En relación con la línea estratégica de la política relacionada con la calidad y el acceso a los servicios de salud se diseñó una pregunta, la cual da cuenta de:

- Existencia de rutas o de red de urgencias odontológicas.

### **Instrumento para las IPS**

Para el caso de las IPS se aplicó un instrumento encaminado a evaluar la calidad y el acceso a los servicios de salud, en el cual se utilizaron diez preguntas para indagar acerca de:

- Existencia de actividades en capacitación en tamizaje oral de odontólogos, auxiliares e higienistas.
- Periodicidad en las capacitaciones en salud oral.
- Listado de personas capacitadas y/o certificadas.
- Estrategias de la IPS para demanda inducida para la atención en salud oral.
- Mecanismo utilizado para realizar demanda inducida.
- Proporción de personas atendidas en salud oral por grupos prioritarios bajo el mecanismo de demanda inducida entre 2011 y 2017.
- Mecanismos del seguimiento a la demanda inducida por parte de la IPS.
- Densidad estimada de odontólogos / 1000 habitantes.
- Densidad estimada de higienistas y/o auxiliares de salud oral / 1000 habitantes (no incluir auxiliares de consultorio).
- Capacidad instalada de consultorios (expresada en unidades odontológicas) para atender la demanda.

De acuerdo con la línea estratégica de la política relacionada con la gestión del recurso humano en salud se diseñaron cinco preguntas, las cuales dan cuenta de:

- Participación del talento humano en las jornadas académicas locales de la Secretaría de Salud (números de personas / año).
- Existencia en la institución de un odontólogo auditor.
- Tipos de auditorías que se realizan.

- Existencia del protocolo sobre caries de la infancia y fluorosis.
- Informe realizado de casos de caries temprana y fluorosis reportados por la IPS.

Para la línea estratégica de gestión de la información se indagó sobre lo siguiente:

- Vinculación de la IPS como entidad centinela.
- Existencia de reportes como entidad centinela por año de vinculación.
- Investigaciones sobre el estado de salud oral de la población

### **Instrumento para las instituciones educativas**

Para el caso de las IE se aplicó un instrumento encaminado a evaluar el posicionamiento de la salud oral, en el cual se aplicaron trece preguntas que indagaron acerca de:

- Existencia de documento de derechos y deberes en salud oral (solicitar una copia).
- Entrega de material educativo a docentes y estudiantes.
- ¿La IE cuenta con docentes capacitados en salud oral?
- ¿La IE incluye el programa de salud bucal en el currículo escolar?
- ¿La IE cuenta con condiciones en el entorno escolar para los programas de salud oral?
- ¿La IE dispone de franjas de horarios en la jornada escolar para realizar la higiene oral como rutina en el cuidado de la salud bucal?
- ¿La IE cuenta con docentes líderes que orienten el componente de salud bucal y que hayan sido asignados a esta actividad (plan de responsabilidades)?
- ¿La IE realiza capacitación a docentes en el componente de salud bucal?



- ¿La IE extiende la capacitación en el cuidado de la salud bucal al núcleo familiar y empleados de la institución?
- ¿La IE cuenta con recursos financieros asignados para el apoyo del trabajo en el componente de salud bucal (documento)?
- ¿La IE tiene limitaciones para la ejecución del programa de salud oral? (Indagar a los directivos y docentes del plantel educativo). ¿Cuáles?
- Consulta a estudiantes sobre educación en salud oral.

Este instrumento fue acompañado de observación directa de las condiciones institucionales en los jardines infantiles y centros de desarrollo infantil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

### **Instrumento para las ARL**

Para el caso de las ARL se aplicó un instrumento encaminado a evaluar el posicionamiento de la salud oral, en el cual se aplicaron cuatro preguntas que indagaron acerca de:

- Número de empresas afiliadas a la ARL.
- Existencia del componente de salud oral en los planes de salud ocupacional (ver planes de salud ocupacional).
- Número de empresas en las que se incluye el componente de salud oral del programa de salud ocupacional.
- Actividades realizadas en la ejecución del componente de salud oral de los planes de salud ocupacional.

Además, se diseñó una hoja de registro por línea estratégica para la recolección de la información consignada en las fuentes secundarias.

### *Procedimiento de recolección de la información*

De fuentes primarias: se concertaron citas con los representantes de las instituciones involucradas con la política y se realizaron las

entrevistas con miembros del Comité Local de Salud Oral (2016-2019), de la Secretaría Municipal de Salud Pública, la Secretaría de Educación, IE del Municipio de Manizales, ARL, Assbasalud ESE (prestadora de servicios de salud a población del régimen subsidiado) e IPS del municipio.

De fuentes secundarias: se clasificaron los documentos (855) según las líneas estratégicas. En cada línea se identificaron las estrategias, las metas y los resultados. En estas fuentes se incluyeron los estudios de indicadores de salud oral del municipio elaborados en los años 2011, 2012 y 2015.

### *Organización y sistematización de la información*

Una vez obtenida la información cada instrumento diligenciado fue sometido a una auditoría de la calidad, verificando que cada uno de los ítems de los instrumentos estuviera diligenciado. La información documental fue sistematizada en el programa Excel, y la de las instituciones educativas en el software SPSS 21.

Para la información sobre la evolución de los indicadores de salud oral 2011, 2012 y 2015 se realizó adaptación de la presentación de los estudios realizados.

### *Plan de análisis*

De la información provista por los representantes de las instituciones involucradas se realizó análisis de contenido en consonancia con las líneas estratégicas de la política. Este mismo tipo de análisis se realizó sobre la información de fuentes secundarias.

Para los indicadores de salud oral se realizaron o adaptaron cuadros comparativos 2011- 2015 entre los valores de COP-D modificado y sus componentes en las edades centinela de la política.





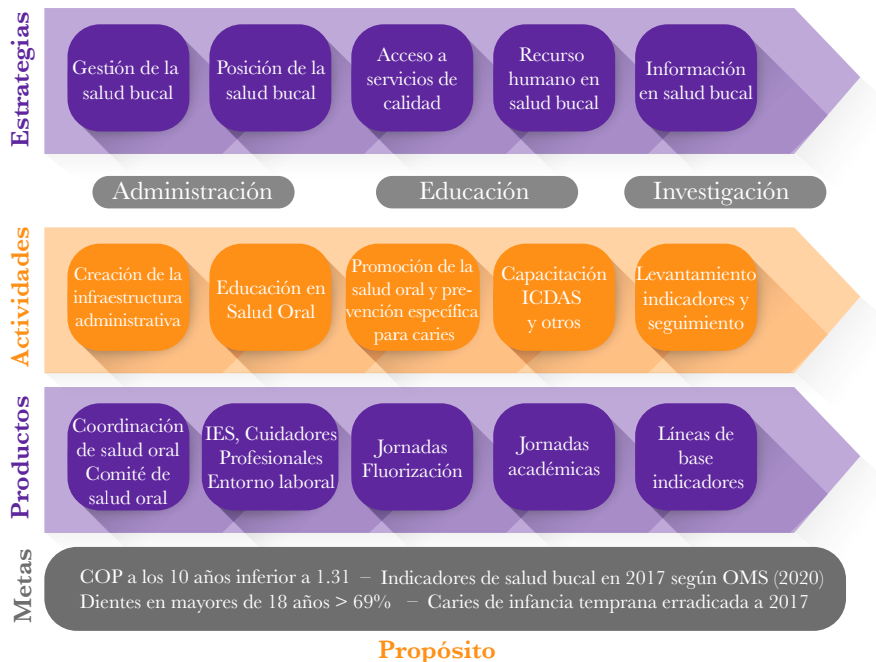
Según el marco de referencia adoptado y los objetivos de la evaluación, los resultados se presentan en el siguiente orden: información de la Política de Salud Oral y mapa de resultados, caracterización de la población potencial, desempeño de la política según los resultados de los indicadores de salud oral (2011-2015), resultados de la gestión por líneas estratégicas, presupuesto, resultados obtenidos por medio de las alianzas estratégicas, discusión, conclusiones y recomendaciones.

### *Información general de la Política de Salud Oral*

El primer resultado obtenido del análisis de la Política de Salud Oral fue la elaboración del mapa de alcances (mapa de resultados) que subyace a la política, ya que este mapeo no fue realizado para la planificación realizada. Sin embargo, la lectura de la política y su respectivo plan de acción permitió su elaboración (figura 2).

Establecer la forma y contenido del mapa de resultados en consonancia con los objetivos e indicadores propuestos requirió establecer si había relación entre el objetivo general y las líneas estratégicas de la política de salud oral, por medio de la revisión del documento de la política.

Figura 2. Mapa de resultados de la Política de Salud Oral del municipio de Manizales, 2007-2017



### Propósito

Mejoramiento de los indicadores de salud bucal como aporte a la calidad de vida de las personas

Fuente: elaboración propia a partir de Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública, Comité de Salud Oral [2].

La política se configuró a partir del análisis de la morbilidad por caries dental en la infancia temprana, en los niños de 10 a 12 años, y la proporción de dientes en boca en personas mayores de 18. El parámetro de comparación definido para medir los efectos de la política fueron los indicadores de COP propuestos por la OMS. El propósito fue aportar a la calidad de vida de las personas mediante la reducción de los indicadores de caries dental.

El mapa revela que las líneas estratégicas gestionadas y sus productos permitirían lograr los resultados; esto es, la reducción de los indicadores de caries dental en estos grupos poblacionales. Los supuestos que subyacen en la formulación de la política fueron que la gestión administrativa, la educación en salud oral a diferentes actores de la sociedad, el acceso a la prevención específica de la caries dental por medio de jornadas de fluorización y la obtención de líneas de base de la salud oral, tendrían como efecto la reducción de la caries dental

en niños y jóvenes y el mantenimiento de los dientes en boca de los mayores de 18 años.

De este aspecto se dará cuenta más adelante en la descripción de los resultados de la gestión de las líneas estratégicas.

### *Caracterización y cuantificación de la población potencial*

La tabla 1 muestra el número de personas potencialmente beneficiarias directas de las iniciativas de salud oral diseñadas para alcanzar los objetivos de la política. Promediando la población por grupos de edad prioritarios, el número aproximado de beneficiarios directos era de 101.085 personas por año. Esta información es requerida para analizar la cobertura alcanzada con las actividades de salud oral.

<i>Año</i>	<i>Menores de 1 año</i>	<i>Hasta 5 años</i>	<i>12 años</i>	<i>18 a 26 años</i>	<i>Total</i>
2007	10.670	22.085	6.101	65.371	104.227
2008	10.648	21.906	6.045	66.587	105.186
2009	10.667	21.673	6.025	67.341	105.706
2010	10.728	21.418	6.011	67.462	105.619
2011	10.710	21.189	5.987	66.909	104.795
2012	10.636	20.985	5.945	65.735	103.301
2013	10.485	20.833	5.879	64.146	101.343
2014	10.308	20.710	5.792	62.405	99.215
2015	10.107	20.617	5.686	60.724	97.134
2016	9.955	20.468	5.602	59.153	95.178
2017	9.816	20.289	5.541	57.730	93.376

*Tabla 1. Población potencialmente beneficiaria entre 2007 y 2017 por grupos prioritarios*

*Fuente: DANE [16].*

En estas cifras se incluye la población escolarizada y no escolarizada de los sectores urbano y rural del municipio en quienes se observarían los posibles efectos de la política de salud oral por medio de la reducción de los indicadores de salud oral COP y COP-D.

Además de estos, que serían los beneficiarios directos, se incluyeron otros beneficiarios como los odontólogos, higienistas y cuidadores que recibieron capacitación en temas de interés de la política. La capacitación en el uso de ICDAS para el diagnóstico de las condiciones de salud dental fue una de las principales actividades realizadas. Se esperaba que dicha capacitación fuera adoptada en el desempeño laboral de los odontólogos para facilitar los procesos de seguimiento y evaluación de la salud, lo cual no puede hacerse a partir de los códigos de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

### *Desempeño de la política: resultados según indicadores de salud bucal 2011-2015*

*Comparación de los promedios del índice COP-D modificado y sus componentes, por grupos de edad, en estudios realizados en 2011 y 2015*

#### **Salud oral a los 5 años de edad**

La figura 3 compara los resultados obtenidos en los escolares de 5 años. En este grupo de edad se observa que los promedios del índice CEO anual y sus componentes disminuyen entre los años 2012 a 2015. Los cambios en los indicadores muestran un incremento en el número de dientes sanos, disminución del índice CEO, disminuyen también los dientes con caries cavitacional y se observa un promedio anual de 0,30 de dientes perdidos por caries.

Con base en la meta del milenio en salud oral, el municipio de Manizales disminuye el índice CEO-D y sus componentes en los niños



de 5 años. La experiencia de caries es mayor de 60% y la prevalencia es mayor del 50% con un CEO-D modificado en aumento. La erradicación de la caries temprana sigue siendo un propósito de largo plazo.

El problema en la dentición en este grupo de edad es cuantificado en el ENSAB IV [9], revelando que al año de edad la experiencia de caries modificada (uso de índice modificado) es de 29,31%, el cual asciende a 83,03% a los 3 años. La experiencia con el índice convencional se comporta de la siguiente manera: de 6,02% al año de edad, pasando por 47,10% a los tres años, alcanza al 62,24% a los 5 años.

Lo anterior revela no solo la condición de grupo prioritario de la niñez, sino también la importancia de incorporar en las evaluaciones de las condiciones de salud los índices modificados; estos revelan un momento importante en la vida del niño para el manejo de la caries no cavitacional. Cabe señalar además la importancia del seguimiento a la higiene oral, ya que si bien se observó una apropiación social de la importancia de la salud oral en las instituciones que atienden a estos grupos de edad, también es evidente que no hay garantía de disponer de los recursos para el cuidado de la salud en este componente.

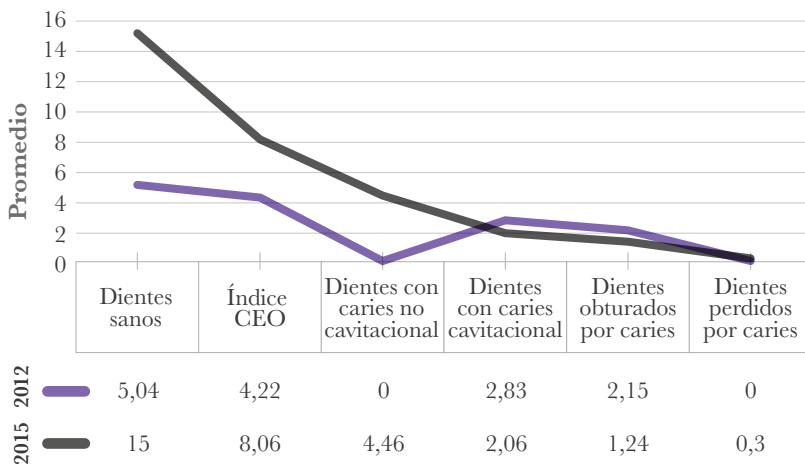


Figura 3.  
Promedio anual de los componentes CEO-D a los 5 años, 2012-2015

Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.93] y Rodríguez et al [18 p.23].

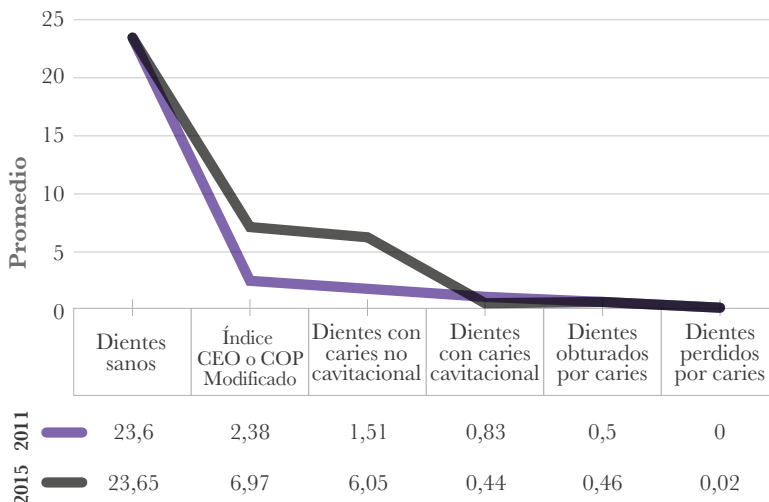
## Salud oral a los 12 años de edad

La información acerca de los indicadores de salud oral a los 12 años se observa en la figura 4. El promedio del índice de COP-D modificado se incrementa entre los años 2011 y 2015 por incremento en la caries no cavitacional (mancha blanca); el promedio de caries cavitacional disminuye y se incrementa en la caries no cavitacional.

Tampoco en este grupo se alcanzó la meta de tener un COP modificado entre 1 y 2,9 pero el COP fue de 0,92 en el año 2015, considerado por la OMS como rango bajo. Sin embargo, la experiencia de caries es del 45,8% y la prevalencia de 25%, con un índice de COP-D modificado en aumento.

En este grupo de edad la dentición está prácticamente completa y en el nivel nacional se pone en evidencia que según el COP modificado la experiencia de caries alcanza el 95,13% y la prevalencia el 88,49%. En Manizales dichos indicadores son menores a esta edad.

Figura 4. Dientes sanos, COP modificado y sus componentes en las personas de 12 años



Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.181] y Rodríguez et al [18 p.63].

## Salud oral a los 25 años

Para la valoración de la salud oral de la población de 25 años se cuenta con los indicadores obtenidos en los años 2011 y 2015. Los resultados obtenidos se observan en la figura 5. El promedio del índice de COP se incrementa, al igual que el promedio de caries no cavitacional. Se conserva aproximadamente igual el promedio de dientes sanos, con disminución del promedio de dientes con caries cavitacional y dientes obturados por caries.

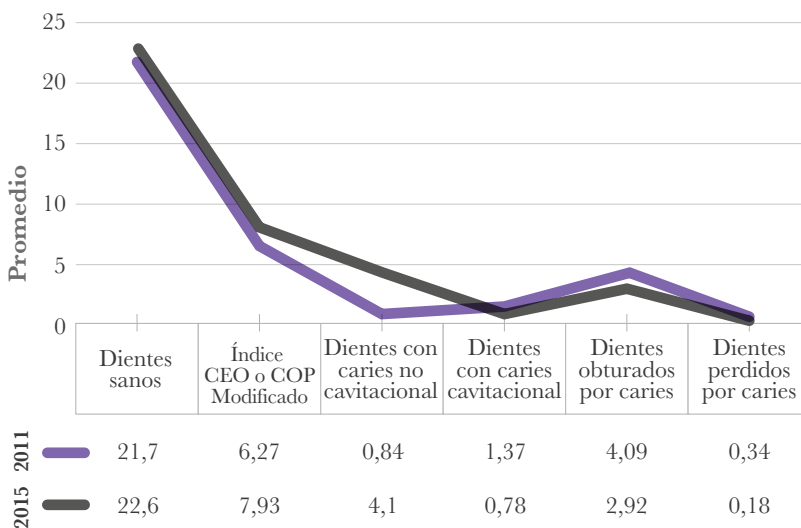


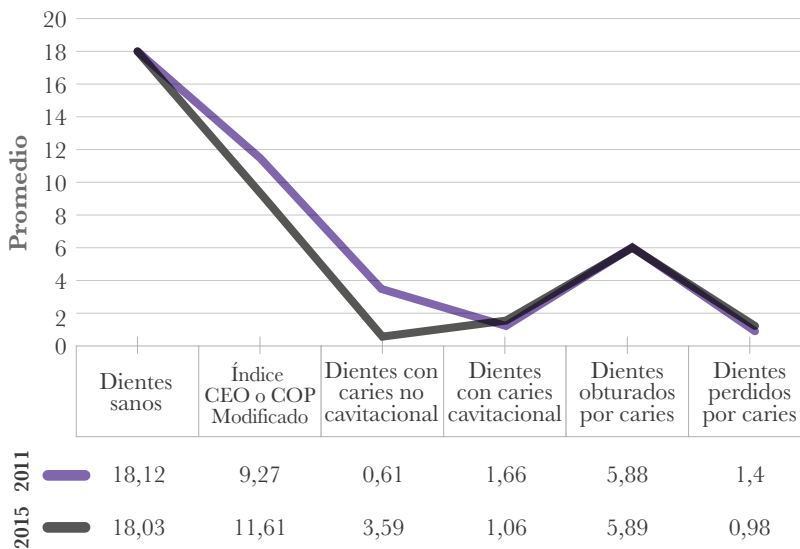
Figura 5. Dientes sanos, COP modificado y sus componentes en las personas de 25 años

Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.132 y 19 p.33].

## Salud oral a los 35 años

Los indicadores de salud oral en las personas de 35 años se visualizan en la figura 6. Las mediciones de COP-D modificado muestran que el promedio del índice se incrementa en el año 2015 respecto al de 2011, al igual que el promedio de caries no cavitacional. Disminuyen los dientes obturados y perdidos por caries. Se conservan aproximadamente iguales los promedios de dientes sanos en este grupo poblacional.

Figura 6.  
Promedio de  
dientes sanos,  
COP modificado y  
componentes a los  
35 años, 2011-  
2015



Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.144 y 19 p.38-39].

## Salud oral a los 45 años

En la figura 7 se evidencian las variaciones en el índice COP-D modificado en las personas de 45 años entre los años 2011 y 2015. En este periodo se incrementan los promedios del índice de COP-D modificado, de caries no cavitacional y de los dientes obturados por caries.

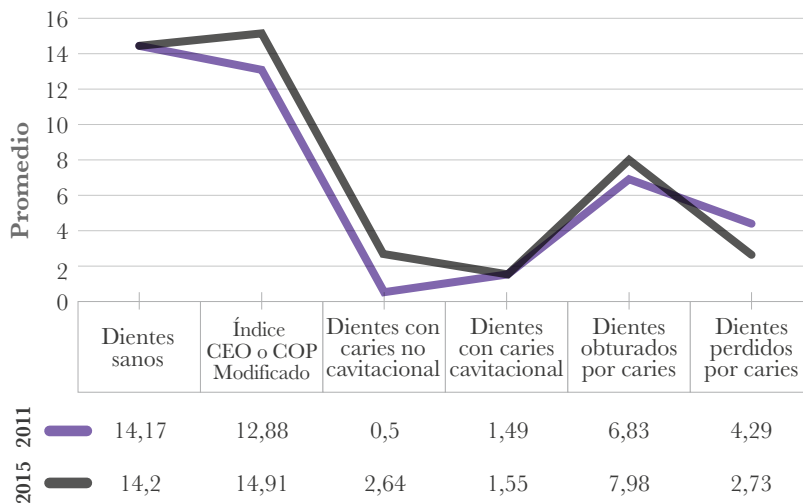


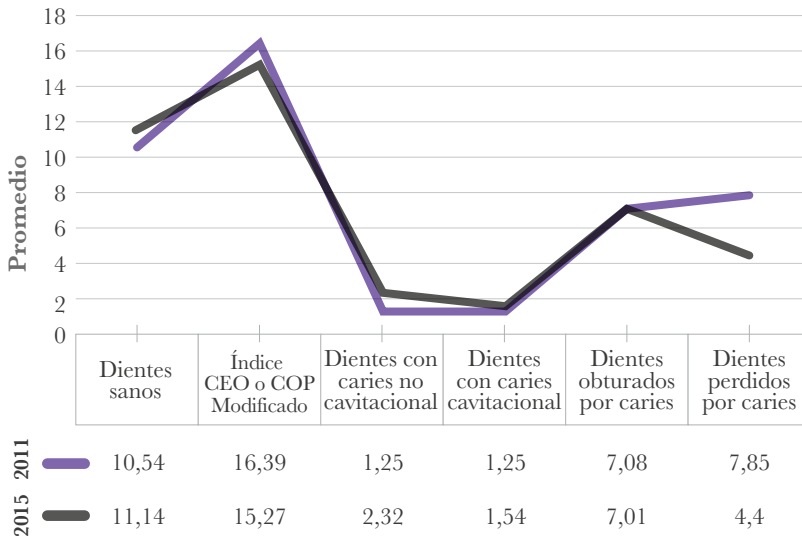
Figura 7.  
Promedio de dientes sanos, COP modificado y componentes a los 45 años, 2011 - 2015

Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.156 y 19 p.44].

## Salud oral a los 55 años

La situación de salud oral de las personas de 55 años entre 2011 y 2015 y las variaciones en los indicadores se visualiza en la figura 8. Se presenta disminución para el año 2015 de los promedios del índice COP-D modificado; se mantienen los promedios de dientes sanos, caries cavitacional, dientes obturados y disminución de los dientes perdidos por caries.

Figura 8. Dientes sanos, COP modificado y sus componentes en las personas de 55 años



Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.168 y 19 p.50].

## Salud oral a los 65 años

La comparación de los indicadores de salud oral a los 65 años entre 2011 y 2015 se observan en la figura 9. Se evidencia un incremento en el número de dientes sanos, en el promedio de dientes con caries cavitacional y no cavitacional y en dientes obturados por caries, con disminución del índice COP-D modificado y dientes perdidos por caries.

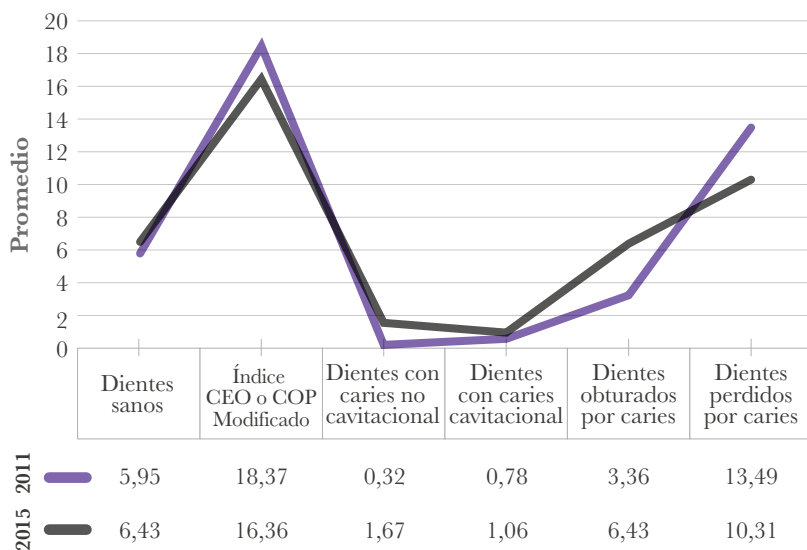


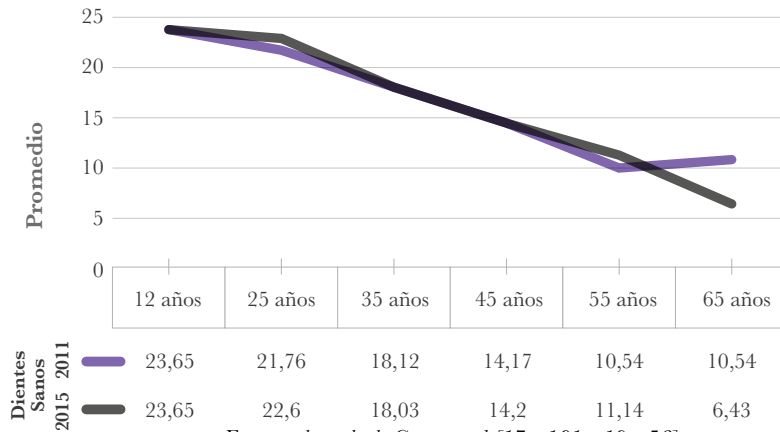
Figura 9. Dientes sanos, COP modificado y sus componentes en las personas de 65 años

Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.181 y 19 p.56].

## Comparación de los indicadores según edades centinela

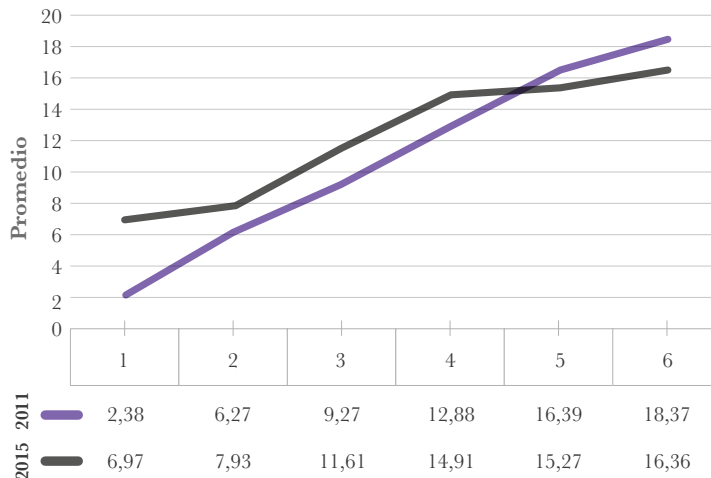
La figura 10 muestra el promedio de dientes sanos según edades centinela. Se observa que a medida que aumenta la edad disminuye el promedio de dientes sanos y se incrementa el índice de COP modificado en todas las edades (figura 11).

Figura 10.  
Promedio de  
dientes sanos por  
edades,  
2011 - 2015



Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.181 y 19 p.56].

Figura 11.  
Promedio de COP  
modificado por  
edades,  
2011-2015



Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.181 y 19 p.56].



En la figura 12 se evidencia la evolución del índice COP-D y sus componentes en las edades centinela en los años 2011-2015. La figura revela los incrementos y disminuciones de los indicadores en ese periodo.

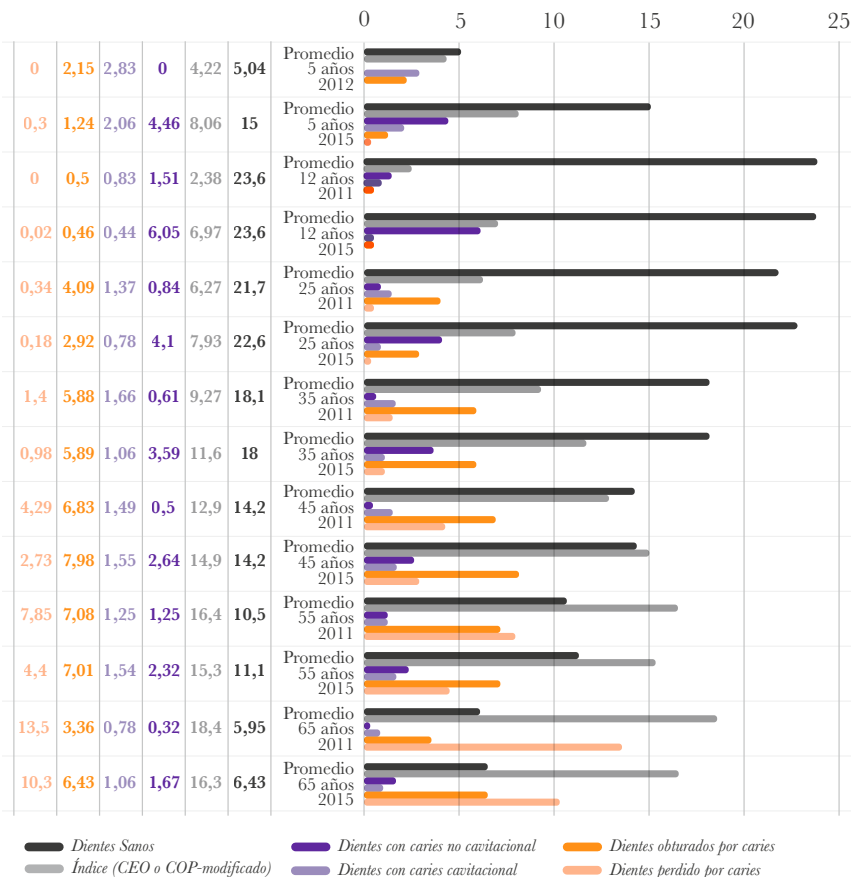


Figura 12. Evolución de los índices de salud oral y componentes en las edades centinela, 2011-2015

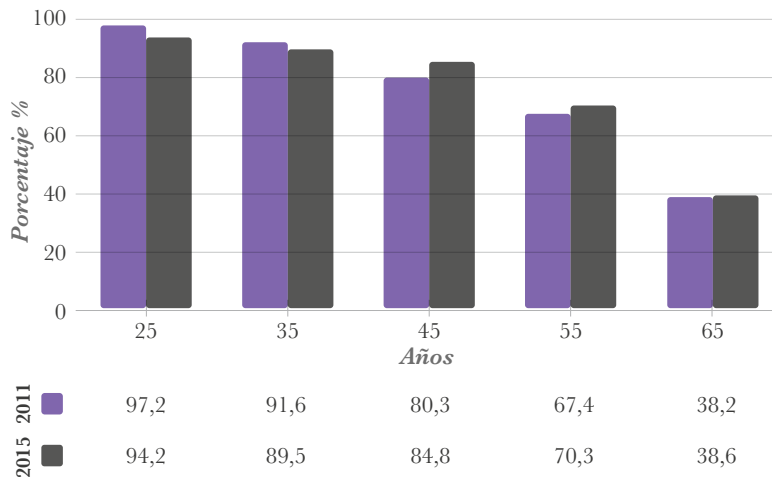
Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.181 y 19 p.56].

Otro de los indicadores para el seguimiento de la salud oral es el número de dientes presentes en boca en mayores de 18 años, con un valor base del 69% (año 2003). El porcentaje de dientes permanente presentes en boca por edades centinela se observa en la figura 13. No se

observan variaciones mayores entre los años 2011 y 2015. Sin embargo, la variación observada es de -0,6% a los 25 años y del -9% a los 45 años. A los 45 y 55 se observa un ligero incremento, y a los 65 años no se observan cambios.

En términos generales se puede señalar un mejor comportamiento de la presencia de dientes en boca, puesto que se incrementa a partir de los 45 años. No obstante, también es muy evidente la pérdida a partir de los 35 años, intensificándose por cada decenio de edad. Los resultados revelan que la variación de los dientes presentes en boca entre los 35 y 65 años de edad es del 71%, lo cual sugiere una probable relación de dicha pérdida con la enfermedad periodontal. En ENSAB IV se reporta la presencia de periodontitis en un 61,8% de la población y una pérdida del nivel clínico de inserción de 57,78% entre los 45 y 64 años, y de 79,01% entre los 65 y 79 [9], lo que podría indicar una posible relación y señalaría una nueva perspectiva para la vigilancia de la salud oral a partir de los 35 años.

Figura 13.  
Porcentaje de  
dientes presentes  
en boca por  
edades,  
2011 - 2015



Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.181 y 19 p.56].

Finalmente, y con base en los mismos estudios elaborados en el marco de la política, se presenta la comparación de la experiencia y prevalencia de caries en las edades centinela. En la figura 14 se destaca la disminución de la experiencia de caries a los 12 años entre las mediciones de 2011 y 2015, además de disminuciones leves en las demás edades centinela. En cuanto a la prevalencia de caries, son notables los incrementos a los 5 y 45 años y la disminución en las demás edades. Se destaca dicha disminución a los 12 y a los 25 años.

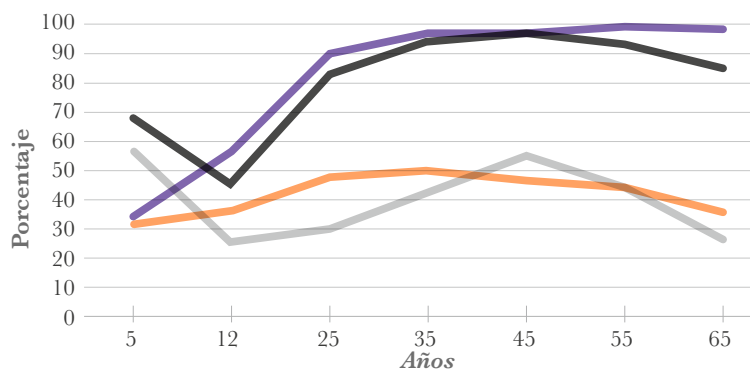


Figura 14. Experiencia y prevalencia de caries dental en edades centinela, 2011-2015

Experiencia de caries 2011	33,9	56,4	90,1	97,3	96,5	99,2	98,9
Experiencia de caries 2015	68	45,8	82,6	93,4	96,7	92,8	84,9
Prevalencia de caries 2011	31,4	36,1	48	50	46,2	44,4	36,6
Experiencia de caries 2015	56	25	29,5	42,2	54,4	44,4	26,7

Fuente: adaptado de Cerezo et al [17 p.181 y 19 p.56].

### *Evolución del índice COP y COP-D modificado en las instituciones educativas de Manizales*

Entre los años 2011 y 2015 la Secretaría de Salud realizó seguimiento a los índices CEO y COP en instituciones educativas del municipio de Manizales. Los valores obtenidos se observan en la tabla

2. No se realiza comparación con otra información debido a que se informan únicamente los valores de COP, sin especificar el tipo de COP.

Si bien tal medición fue efectuada sobre un total de 15.919 escolares, el hecho de que la mayoría de ellos corresponda a escolares del área rural del municipio y no a la población de referencia de la línea de base, limita verlos como un posible resultado “de la política”.

Esta circunstancia revela la importancia de que los procesos de seguimiento y evaluación a los resultados de la política se realicen manteniendo la misma población de referencia de las líneas de base.

Tabla 2. Índices de CEO y COP en instituciones educativas, 2011-2015

Índices/años	2011	2012	2013	2015
CEO	1,71	2,05	1,89	Sd
COP	0,52	0,51	0,33	0,34

### Resultados intermedios y finales según perfiles epidemiológicos

El análisis de los perfiles epidemiológicos 2007-2017 para evidenciar el comportamiento de la morbilidad oral en el municipio de Manizales dio como resultado que solo para el año 2015 se encuentra información desagregada por grupos de edad. Para los años anteriores la información es general o dirigida hacia grupos prioritarios. El comportamiento de la morbilidad observada es la siguiente:

1. Entre 2011 y 2012 la morbilidad registrada se denomina *trastornos de los dientes y estructuras de sostén*. La tasa es de 25,97 por 100.000 habitantes y ocupa el primer lugar como causa de morbilidad registrada. Le sigue la caries dental, con una tasa de 24,02 por 100.000 habitantes.

2. La morbilidad por condiciones orales entre los años 2009 y 2012 se observa en la tabla 3. La morbilidad por esta causa disminuye en la primera infancia y en la adultez de 27 a 59 años. En los demás grupos se incrementa, principalmente en los adolescentes de 12 a 18 años [20].

<i>Grupos de edad</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>
Primera infancia de 0 a 5 años	5,7	6,2	5,4	0,8
Infancia de 6 a 11 años	8,3	7,0	7,5	8,5
Adolescentes de 12 a 18 años	8,2	8,1	7,9	8,6
Juventud de 14 a 26 años	20,1	19,1	16,2	18,6
Adultez de 27 a 59 años	52,1	49,9	53,1	52,3
Personas de 60 y más años	5,7	9,6	10,0	11,2

*Tabla 3.  
Variación en la morbilidad por condiciones orales, 2009-2012*

*Fuente: Secretaría de Salud Pública. Unidad de Epidemiología. Área Estadística 2009-2012.*

3. Entre los años 2011 y 2014 se reporta el número de consultas por caries de la dentina en niños. De 995 consultas por caries de la dentina en 2011 se llega a 2.008 en 2014.
4. Para el año 2015 el reporte de las causas de consulta en el municipio de Manizales se puede identificar por grupos de edad. Esta información se presenta en la tabla 4.

Tabla 4.  
Principales causas  
de morbilidad  
registrada por  
grupos de edad,  
2015  
\* Incluye hombres  
y mujeres.

Grupo de edad*	Causa	Personas	Porcentaje	Tasa	Orden
1 – 4 años	Caries de la dentina	176	5,4	609,9	2
5 – 9 años	Caries de la dentina	271	9,95	1018,38	1
	Gingivitis crónica	55	2,02	206,68	9
10 – 14 años	Caries de la dentina	371	7,22	1306,71	1
	Gingivitis crónica	161	3,13	567,06	2
15 – 19 años	Caries de la dentina	212	5,83	700,36	1
	Gingivitis crónica	117	3,22	386,52	2
20 – 24 años	Caries de la dentina	209	6,20	629,95	1
	Gingivitis crónica	130	3,86	391,84	2
	Caries dental no especificada	47	1,39	141,66	9
25 – 29 años	Caries de la dentina	215	6,52	568,74	1
	Gingivitis crónica	125	3,79	330,66	2
	Caries dental no especificada	59	1,79	156,07	7
30 – 34 años	Caries de la dentina	173	4,87	572,01	1
	Gingivitis crónica	143	4,02	472,62	2

<i>Grupo de edad*</i>	<i>Causa</i>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Tasa</i>	<i>Orden</i>
35 – 39 años	Caries de la dentina	153	4,73	613,50	1
	Caries dental no especificada	111	3,43	445,09	3
40 – 44 años	Caries dentina	114	3,95	501,32	1
	Caries dental no especificada	94	3,25	501,32	2
	Gingivitis crónica	86	2,98	378,19	3
45 – 49 años	Caries dental no especificada	101	3,45	386,62	1
	Caries de la dentina	95	3,24	363,65	2
	Gingivitis crónica	86	2,93	329,20	3
50 – 54 años	Caries de la dentina	107	3,54	404,31	1
	Caries dental no especificada	76	2,51	287,17	4
	Gingivitis crónica	58	1,92	219,16	6
55 -59 años	Caries de la dentina	56	2,50	232,10	2
	Caries dental no especificada	54	2,41	223,81	3
	Gingivitis crónica	38	1,70	157,49	6

<i>Grupo de edad*</i>	<i>Causa</i>	<i>Personas</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Tasa</i>	<i>Orden</i>
60 – 64 años	Caries de la dentina	50	2,48	251,18	2
	Pulpitis	40	1,99	200,94	4
65 o más años	Caries de la dentina	207	2,16	521,20	4

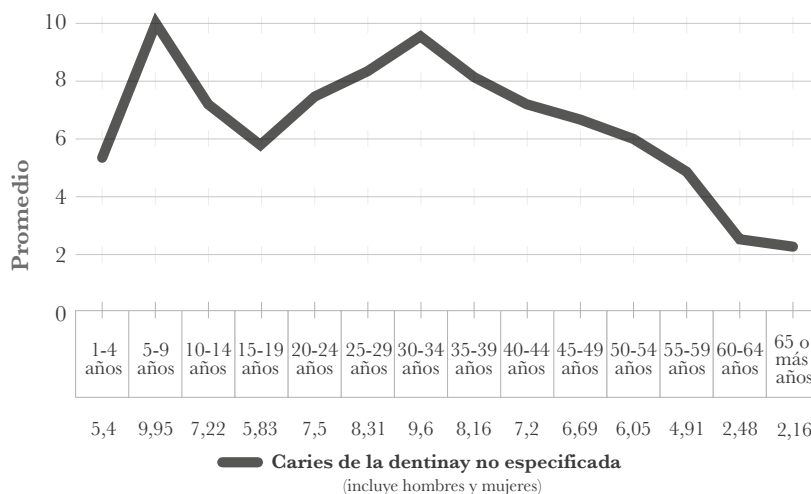
*Fuente: Secretaría de Salud Pública [21]*

Los reportes que se hacen acerca de la morbilidad oral registrada como causa de consulta incluyen la caries dental con los siguientes códigos: k020, caries limitada al esmalte; k021, caries de la dentina; k022, caries del cemento; k023, caries dentaria detenida; k028, otras caries dentales; k029, caries dental no especificada según la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud décima revisión - CIE 10. Esta clasificación, si bien favorece la toma de decisiones clínicas sobre la necesidad de intervenciones para el control de la caries a nivel individual, no favorece el uso en el Sistema General de Seguridad Social (SGSS). No permite vigilar los indicadores específicos de los índices y sus componentes para la valoración de la morbilidad oral ni hacer de tales índices herramientas para la planificación de programas dirigidos a responder a la problemática de la salud oral. Los índices COP y COP-D no son los que orientan la práctica odontológica.

Existe una guía de atención odontológica de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) cuya aplicación es limitada en razón de la normatividad existente para el diligenciamiento de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Cabría señalar la importancia de una investigación acerca de la adherencia de los profesionales (al menos de las facultades de odontología) a tales protocolos.



En la figura 15 se puede observar el comportamiento de la consulta por caries de la dentina y no especificada (en algunos grupos) durante el año 2015.



*Figura 15. Caries de la dentina y no especificada por grupos de edad: perfil epidemiológico, 2015*

*\* Incluye hombres y mujeres.*

*Fuente: Secretaría de Salud Pública. Unidad de Epidemiología. Área de Estadística [21].*

Es pertinente señalar que la consulta odontológica por caries dental, si bien ocupa los primeros lugares durante los años 2009 a 2012 y en 2015, realmente no refleja las condiciones de salud de la población. Aunque no son homologables las mediciones poblacionales con las de la consulta individual: uno, por la manera de reportar los resultados, ya que en los estudios de levantamiento de indicadores se hace por edades centinela y en perfil epidemiológico se reporta por grupos de edad; y dos, porque el perfil responde a la atención individual y los indicadores a la población general. Se observa que en el año 2015:

- La prevalencia de caries oscila entre 25 a 54%, donde los valores son más altos a los 5, 35 y 45 años (edades centinela).

- La caries dental como causa de consulta oscila entre 2,16% en los mayores de 65 años y 9,6 entre 5 y 9 años y de 30 a 34 años.

Al confrontar los resultados obtenidos con las causas de consulta odontológica en el municipio de Manizales a través de la información de los RIPS 2010-2016 se observa, como se vio en el perfil epidemiológico de 2015, que los diagnósticos se expresan con base en los códigos CIE 10, predominando en todos los años y todas las edades el diagnóstico de caries de la dentina y la gingivitis aguda y crónica, las cuales se incrementan a medida que se incrementa la edad. El predominio de diagnóstico de caries de la dentina sugiere que la causa de consulta odontológica se da cuando la lesión cariosa requiere de un proceso de tratamiento.

Se entiende que la norma colombiana para el reporte de morbilidad y mortalidad acoge la CIE 10. Lo anterior hace que no se pueda desde la atención odontológica en los servicios de salud que la evaluación de la salud oral incluya los índices de COP y los criterios ICDAS, que permitirían hacer seguimiento a la salud oral de la población. La atención odontológica se centra entonces en procedimientos dirigidos a la atención de la lesión cariosa y no su prevención y control.

## *Resultados de la gestión de las líneas estratégicas de la Política de Salud Oral 2007 – 2017 (producción de bienes y servicios)*

### *Componente Gestión del recurso humano*

Para la gestión del recurso humano (capacitación) se formularon varias estrategias, como la consolidación de la jornada académica de salud oral, la capacitación de personal de salud en asuntos relativos a la salud oral, sus métodos y su relación con otras alteraciones de la salud (ver cuadro 5). La actividad que se llevó a cabo con más frecuencia y con mayor continuidad fue la jornada académica de salud oral, con

77 eventos entre 2007-2016 y con un promedio de asistencia / año de 254 profesionales. La capacitación interinstitucional sobre la estrategia IEC fue realizada con promotores y cuidadores que participan en el desarrollo de la estrategia *De cero a siempre*. La calibración en criterios ICDAS II para el diagnóstico de caries dental, el índice de Dean para el diagnóstico de fluorosis, fue realizado en profesionales y auxiliares de odontología. Cabe señalar que la Alianza por un Futuro Libre de Caries participó activamente en las actividades dirigidas a fortalecer el recurso humano, especialmente entre 2015 y 2017. Esta información se evidencia en el cuadro 9, que muestra lo reportado por la Alianza.

<i>Estrategia</i>	<i>Meta</i>	<i>Resultados</i>
Consolidación de jornada académica en salud oral	Temáticas Asistencia	77 jornadas académicas relacionadas con la salud oral: caries, enfermedad periodontal, maloclusiones. Incluyó además aspectos administrativos y celebración de días del odontólogo. La asistencia 2008-2016 fue de 2.284 profesionales, con un promedio de asistencia/año de 254.
Agenda de capacitación interinstitucional (incluye resultados de investigación)	Temáticas Asistencia	Incluye actividades que no derivan del Comité de Salud Oral. Los temas tratados fueron: carta dental, caries dental, capacitación en criterios ICDAS y fluorosis estándares, salud oral del niño y el adolescente, capacitación a promotores y cuidadores, estrategia <i>De cero a siempre</i> . Entre los años 2006 y 2013 se capacitaron 327 cuidadores de diferentes grupos poblacionales y se calibraron en aplicación de los criterios ICDAS II 152 profesionales.

*Cuadro 9.  
Estrategias,  
metas y resultados  
del componente  
Gestión del recurso  
humano*

<i>Estrategia</i>	<i>Meta</i>	<i>Resultados</i>
Boletín virtual Comité de Salud Oral	Creación y sostenimiento de página web de la Secretaría	No se identifica en el repositorio de la Secretaría de Salud <a href="http://manizallessalud.com/repositorio-digital/boletines-de-salud-oral">http://manizallessalud.com/repositorio-digital/boletines de salud oral</a> .
Fortalecimiento de equipos Auditor/ Interventor con profesionales de odontología	Vinculación de profesionales de odontología a las auditorías en salud oral en las IPS de salud oral	La vinculación de profesionales de odontología en el ejercicio de las auditorías a los servicios de salud es de la competencia de cada EPS. Se cumple en la Secretaría de Salud de Manizales.

*Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes de información secundaria.*

### *Componente Calidad y acceso a servicios de salud*

Este componente se refiere a las estrategias, metas y resultados de las IPS del municipio de Manizales y a los informes de los contratos realizados por Assbasalud ESE para la implementación de actividades en salud oral en instituciones educativas (IE). Los resultados más relevantes se observan en el cuadro 10.

*Cuadro 10.  
Estrategias, metas  
y resultados de  
las IPS públicas  
(Assbasalud  
ESE) del  
municipio de  
Manizales*

<i>Estrategia</i>	<i>Meta</i>	<i>Resultados</i>
Programa Odontobebé.	Creación, implementación y fortalecimiento del programa Odontobebé 2012.	Programa Odontobebé se crea en 2012 y se hace seguimiento en 2013,2014 y 2015. Existencia documentada en Assbasalud ESE.

<i>Estrategia</i>	<i>Meta</i>	<i>Resultados</i>
Atención a la salud oral en IE.	2013 y 2014. Diagnóstico de salud oral en niños matriculados. Intervenciones educativas a familias y maestros. Inducción de demanda en Organizaciones Prestadoras de Servicios de Salud .	Evaluación estomatológica índices odontológicos y registro de índices según lineamientos Secretaría de Salud.  Entrega de insumos de higiene oral.
Elaboración de guías de atención de prestación de servicios y procesos.	Existencia de guías de atención en salud oral.	Assbasalud cuenta con una guía de atención de caries. En proceso actualización de la documentación estratégica de la ESE. Las guías corresponden a procedimientos específicos, no para el manejo de patologías.
Estandarización de estrategias de tamizaje por personal auxiliar y profesional.	Estandarización en tamizaje oral/Planes de capacitación: diseño, difusión, seguimiento y actualización.	No se realizaron actividades específicas. El tamizaje de anomalías en cavidad oral hace parte de la formación de odontólogos y auxiliares de salud oral.
Diseño de estrategias y esquemas de demanda inducida en salud bucal y de reducción de oportunidades perdidas.	Evolución de la demanda inducida.  Ver tabla 5: demanda inducida 2011-2017 / agosto.	Estrategias diseñadas: * Capacitación de pacientes en los centros de atención. * Llamadas telefónicas. * Apoyo de grupos de trabajo extramural. En proceso diseño de programa de seguimiento.

<i>Estrategia</i>	<i>Meta</i>	<i>Resultados</i>
Estandarización de atención odontológica de urgencia.	Construcción de rutas de atención odontológica para manejo de urgencias odontológicas.	En el año 2014 se socializaron los modelos de atención de urgencias odontológicas de diferentes IPS. Sin producto final.

*Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes de información secundaria proporcionada por Assbasalud*

*ESE, 2017*

Según lo reportado por Assbasalud, la evolución de la demanda inducida (tabla 5) por grupos prioritarios entre 2011 y 2017 (agosto) muestra una disminución en las gestantes, primera infancia y escolares. Esta información no es muy relevante debido a que no se logró obtener el reporte y evolución de dicha demanda de las IPS privadas del municipio, que atienden el mayor número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) del municipio.

*Tabla 5.  
Evolución de la  
demanda inducida  
por grupos  
prioritarios,  
2011-2017.  
Assbasalud ESE*

<i>Grupos prioritarios</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017 ene-ago</i>
Gestantes	1.118	1.469	1.296	1.246	916	725	526
Primera infancia (0 a 5 años)	3.034	3.477	3.487	3.340	3.175	2.525	1.721
Escolares (6 a 12 años)	3.296	3.102	3.006	2.745	2.504	2.070	1.497

*Fuente: Assbasalud ESE.*

De otro lado, los contratistas del programa de salud oral ejercen las asistencias técnicas a los prestadores de servicios de salud, en las que hacen seguimiento a los procesos de calidad y a la implementación de la estrategia *Soy generación más sonriente*.

No obstante lo anterior, no se dispone de la información requerida para conocer la manera como las IPS privadas promueven la atención a la salud oral a través de la demanda inducida, al menos a grupos prioritarios. Las IPS privadas, a pesar de haber sido convocadas a presentar esta información, al momento de culminación de la presente evaluación no la habían suministrado.

Assbasalud ESE es responsable de la atención en salud de un porcentaje de la población afiliada al régimen subsidiado del municipio. Este porcentaje ha venido disminuyendo, probablemente por migración de la población al régimen contributivo. Para 2016 la población asignada era del 19%. Además, por ser miembro activo del Comité de Salud Oral Municipal, participó ampliamente en las actividades programadas por este.

### *Componente Gestión de la salud oral*

Los resultados de la gestión de la salud oral con las estrategias implementadas se observan en el cuadro 11. Las estrategias corresponden al fortalecimiento de la infraestructura administrativa y la gestión de las actividades orientadas desde el Comité de Salud Oral. Se destacan la evaluación de la Política de Salud Oral en 2011 y el seguimiento a los planes de acción formulados para el desarrollo de cada línea estratégica.

Cuadro 11.  
Estrategias,  
metas y resultados  
obtenidos en la  
gestión de la  
salud oral,  
2006 - 2017

<i>Estrategias</i>	<i>Metas</i>	<i>Resultados</i>
Creación del Comité de Salud Oral	Constitución y seguimiento	<p>A partir de la identificación de los actores clave en la gestión de la salud oral del municipio, desde octubre de 2006 (Assbasalud, Hospital Infantil, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Hospital Rita Arango, ISS, UAM), el Comité fue creado por medio del Acuerdo 0257 de diciembre de 2006. Se establecen sus funciones e integrantes y se articula a la agenda de gobierno. La continuidad del comité se mantuvo entre 2006 y 2017. La evidencia es la convocatoria a sesiones mensuales. A partir de 2011 se vincula al comité un representante por la Alianza por un Futuro Libre de Caries (frente comunitario).</p> <p>Del 2012 en general hay muy pocas evidencias documentales, pero según conversatorios en los grupos focales, el comité viene llevando a cabo sus sesiones y funciones en forma continua. Entre las principales actividades realizadas se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicios de evaluación de avances de la Política, evidenciados en el periodo 2009 – 2011 y 2015.</li> <li>• Informes mensuales de actividades desarrolladas, donde se articulan las estrategias de promoción y prevención a los diferentes grupos poblacionales.</li> <li>• Planeación de las jornadas académicas y sesiones mensuales dirigidas a los prestadores de servicios odontológicos (auxiliares y odontólogos) y personal en formación, y la planeación y ejecución de jornadas de capacitación en la semana de la salud oral, dirigida también a odontólogos, auxiliares y estudiantes.</li> <li>• Planeación y ejecución de las capacitaciones a otros profesionales y auxiliares del área de la salud en el componente de salud bucal.</li> <li>• A partir de la vinculación de la alianza AFLC al comité se facilita la gestión de este proyecto.</li> <li>• Socialización sobre temas relacionados con la prestación de servicios odontológicos en el marco de la normatividad vigente.</li> </ul>



Consolidación de la estructura administrativa del programa de salud oral.	Descripción de la estructura administrativa.	En sus inicios la estructura administrativa depende de la Unidad de Salud Pública, que incluye la Coordinación de Salud Oral, la cual lidera el programa de salud oral desde la Secretaría de Salud Pública de Manizales, con funciones específicas. Actualmente se cuenta con un coordinador del programa de salud bucal, visual y auditiva, y la referente de salud bucal en el nivel municipal.
Estandarización en deberes y derechos de la salud oral.	Contenidos – escritos – reportes de acta sobre deberes y derechos.	A partir del ejercicio de evaluación de la política en el 2011, se propuso trasladar esta responsabilidad al SAC (Sistema de Administración de la Calidad) y los SIAU (Sistemas de Información a Usuarios) de las principales IPS y ESE. No se identifica, por lo tanto, un documento como resultado de la estandarización en deberes y derechos de la salud oral.
Implementación y seguimiento a la política.		<p>Acompañan la implementación de la política tres acuerdos de voluntades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estandarización de los criterios básicos de auditoria odontológica a las IPS con población subsidiada y pobre no afiliada en el municipio de Manizales (2007).</li> <li>2. Implantación de la gran sesión académica en Salud oral que convoque a los prestadores de servicios odontológicos de Manizales (2007).</li> <li>3. Por la Salud Oral, <i>Sonrisas sanas... todos felices</i>, firmado por los actores clave en el proyecto de mejoramiento de la salud oral del municipio. Además: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Consolidación de la imagen de la salud oral a través de diferentes mecanismos de difusión: botones, vasos, etc.</li> <li>* Diseño, implementación y evaluación anual de planes de acción por líneas estratégicas, con metas y responsables de cada acción.</li> <li>* Se evidencia documento impreso de reformulación de la política 2011 – 2017 (producto).</li> </ul> </li> </ol>

*Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes de información secundaria.*

Es pertinente señalar que la existencia del Comité de Salud Oral se constituye en una experiencia relevante en el contexto local y nacional, por ser una articulación público-privada tanto para la prestación de servicios de salud como también por la participación de la academia en procesos que favorecen el logro de los objetivos y metas de las estrategias. Se destacan la vinculación de profesionales y estudiantes a los programas de salud oral en las instituciones educativas y el diseño y ejecución de proyectos de investigación.

### *Componente Posicionamiento de la salud oral*

El posicionamiento de la salud oral es un componente de la política que busca promover en todos los actores sociales, en particular los relacionados con la educación y la comunidad, el uso del tiempo libre y la apropiación de las condiciones y mecanismos requeridos para el mantenimiento de la salud oral. La información de este componente se observa en el cuadro 12.

De las estrategias formuladas, esta es la que tiene mayores productos, especialmente en lo referente a material educativo: cartillas y material (kits) para la higiene bucal de los niños y la difusión de la estrategia IEC en las instituciones educativas del municipio, la población general y la población prioritaria: niños, adolescentes y mujeres embarazadas. La formación de cuidadores fue también una actividad permanente de este componente. Además de lo anterior, lo más relevante de este componente (por la eficacia comprobada) fue la topicación o aplicación de flúor a la población que lo requiere, de acuerdo con los criterios de la protección específica para la caries dental.

<i>Estrategias</i>	<i>Metas</i>	<i>Resultados</i>
Estrategias IEC para consolidar imagen y política de salud oral	Material entregado para mantener vigente la imagen del programa de salud oral.	<p>2009: 500 cartillas, 500 carpetas, 500 portavasos, 500 botones.</p> <p>2013: entrega de 75 botones con la imagen de salud oral.</p> <p>2017: difusión de la estrategia <i>Soy generación más sonriente</i>, invitando a la topicación de barniz de flúor.</p>
Material educativo entregado a IPS y comunidad en general.	Material educativo entregado a IPS y comunidad en general.	<p>2009: cartilla sobre el cuidado oral en niños y adolescentes. Archivo en CD.</p> <p>2010: material educativo para personal de salud y comunidad general sobre prevención del desenlace perinatal adverso asociado a enfermedad oral.</p> <p>2015: entrega de carnet de salud oral.</p> <p>2013: jornada de cáncer oral. Se entregaron 930 plegables.</p>

*Cuadro 12.  
Estrategias,  
metas y resultados  
del componente  
Posicionamiento  
de la salud oral  
2007 - 2017*

<i>Estrategias</i>	<i>Metas</i>	<i>Resultados</i>
Fortalecimiento de la implementación de la estrategia IEC a población prioritaria.	Jornadas masivas de educación en salud oral con inclusión de estrategias IEC.	<p>2008: apoyo a la actividad educativa celebrada en el marco de la convocatoria de grupos de rehabilitación social.</p> <p>2013: brigada de salud <i>Magusi</i>.</p> <p>2014: celebración día de la niñez.</p> <p>2014: 2 jornadas masivas de educación en salud oral y aplicación de barniz de flúor en el marco de las olimpiadas pre y juveniles. (15 niños con topicación de barniz de flúor).</p> <p>2015: jornada masiva de educación en salud oral en ciclovia para menores de 5 años, por ser la población priorizada de la estrategia <i>Soy generación más sonriente</i>.</p> <p>2015: Campamento Cocreativo: trabajo colaborativo para la comunicación de los propósitos de la AFLC y la invitación que los niños hacen a otros niños para comprometerse con el cuidado de su salud, a través de la co-creación de productos radiofónicos y/o virtuales.</p> <p>2016: jornada de topicación de barniz de flúor en todas las IPS de la ciudad. Prioridad: niños de 1 y 2 años, gestantes y adolescentes.</p> <p>2016: jornada masiva de topicación de barniz de flúor. Educación salud oral: 150 – barniz de flúor: 75 niños.</p> <p>2016: actividad lúdico-educativa en Los Yarumos. 400 niños de transición a quinto, niños en situación de desplazamiento. Colegios INEM, La Carola, Sinaí, Solferino.</p> <p>2017: jornada educativa para menores de 5 años.</p> <p>2017: jornada educativa y topicación barniz de flúor para menores de 5 años en ciclovia.</p> <p>2017: jornada lúdico-educativa con temas de salud oral: Día de la Niñez. Baja ingesta de azúcar, baja ingesta de sal, lavado de manos, cepillo de dientes.</p> <p>2017: jornada nacional para el cuidado bucal y protección específica en salud bucal para la primera infancia, infancia y adolescencia.</p> <p>2017: jornada masiva de información y comunicación para la salud bucal y topicación de barniz de flúor para menores de 12 años, en ciclovia.</p> <p>2017: jornada educativa para menores de 5 años.</p>

<i>Estrategias</i>	<i>Metas</i>	<i>Resultados</i>
	Jornadas masivas de educación con entrega de material educativo y kit de higiene oral.	2016: Educación y entrega de kits de salud oral: 105 niños. Barniz: 50. 2017: jornada de salud oral en el Día Mundial de la Salud Oral (Bosque Popular). Se entregaron volantes informativos relacionados con prevención en salud bucal.
Articulación de programas de salud bucal a la estrategia de Escuelas Saludables (Plan Decenal de Salud Pública - PDSP).	Estrategia IEC en instituciones educativas del municipio de Manizales.	2007: jornada de salud oral. Colegio Redentoristas. 2008: jornada de salud oral <i>Corresponsables de política</i> . Colegio la Consolata. 2008: riesgos del uso del <i>pearcing</i> oral en el Instituto Universitario en la semana de la salud oral, dirigida a sexto grado. 2014: implementación de la estrategia IEC en toda la comunidad de los colegios (docentes, escolares, padres de familia) en el marco de la Alianza.
	Componente de salud oral en proyectos educativos institucionales.	2014: acompañamiento en la elaboración del componente de salud oral en los proyectos institucionales de escuela saludable y estilos de vida saludable. En 2015 se comenzó el diseño de este componente. 2016: en el marco del programa de salud oral en entornos escolares e institucionales, acciones de promoción de la salud, desarrollo de capacidades y gestión de riesgo. Capacitación en salud oral y entrega de kits de salud oral a 4.000 niños de 71 instituciones educativas.

<i>Estrategias</i>	<i>Metas</i>	<i>Resultados</i>
Capacitación en salud oral a cuidadores y comunidad en general.		<p>2008: jornada de sensibilización en salud oral dirigida a padres de familia de la institución infantil Santa Bernardita.</p> <p>2009: sesión de capacitación para cuidadores y comunidad en general.</p> <p>2013: cuidado oral en el ciclo vital, dirigida a hogares infantiles, CDI, ICBF, Nutrir, Coasobien.</p> <p>2014: taller de autocuidado para niñas, niños y adolescentes dirigidos y sus cuidadores, y taller para agentes institucionales en salud y comunidad sobre pedagogía hospitalaria y atención humanizada (celebración Día de la Niñez).</p> <p>2016: en el marco del programa de salud oral en entornos escolares, capacitación de salud oral a cuidadores de 10 unidades de servicio.</p> <p>2016: se realizaron actividades para 3.000 personas en el marco del contrato para capacitación en temas relacionados con salud bucal a gestantes, adultos mayores y jóvenes.</p>
Fortalecimiento de las comunidades educativas para la atención de la salud oral.	Capacitación a docentes en las instituciones educativas públicas y privadas para la educación en el cuidado de la salud bucal.	<p>2014: curso AIEPI para directivos ICBF. Revisión del modelo de maternidad segura, componente de salud oral.</p> <p>2015: informe AFLC y presentación de investigación realizada por la UAM: Educación para la salud, dirigida a agentes educativos y padres de familia.</p>

*Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes de información secundaria.*

Como puede observarse en los cuadros anteriores, con excepción de la gestión de salud oral (cuyo papel era principalmente administrativo), los indicadores de los restantes componentes de la política son tipo producto, es decir, servicios que se generaron con los recursos económicos disponibles para ser usados por parte de la población objetivo. En estos productos no se observa un vínculo específico con las metas relacionadas con el mejoramiento de la salud oral de la población y las metas propuestas respecto a la reducción de la caries. Sí con el desarrollo de capacidades en personas vinculadas con la atención de la salud oral, como profesionales de la odontología, higienistas y cuidadores.

Otros actores responsables de la implementación de la política de salud oral son las instituciones educativas y las ARL, que fueron apoyadas por medio de campañas de salud oral por la Secretaría de Salud y la Universidad Autónoma de Manizales. En los apartados siguientes se presentan los resultados de las encuestas realizadas con estos dos tipos de instituciones.

### **Posicionamiento de la salud oral en las instituciones educativas (IE) y ARL**

La educación ha sido tradicionalmente una estrategia responsable de muchas de las acciones que contribuyen al bienestar y la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales. Los coordinadores académicos de las IE informaron sobre la manera como se desarrolla la atención a la salud bucal objeto de la política 2007-2017. La información obtenida se presenta de la siguiente manera:

En primer lugar, se presenta la distribución de las IE según ubicación. El 89,7% de las instituciones se encuentra en el área urbana. 7,7% tiene cobertura urbano-rural, como se muestra en la tabla 6.

Tabla 6.  
Distribución de las  
IE según ubicación

Ubicación	n	%
Urbano	70	89,7
Rural	6	7,7
Urbano-Rural	2	2,6
Total	78	100,0

Fuente: muestra de instituciones educativas para evaluación del componente salud en la IES.

La tabla 7 muestra la distribución de las instituciones según la población atendida por nivel de escolaridad. La mayor proporción (39,7%) corresponde a hogares y jardines infantiles, la siguen las IE que atienden desde preescolares hasta jóvenes de 11° grado.

Tabla 7.  
Distribución de las  
IES según nivel  
de escolaridad  
atendida

Instituciones educativas	n	%
Hogares y jardines infantiles	31	39,7
Preescolar	1	1,3
Básica Primaria	3	3,8
Básica secundaria	2	2,6
Básica primaria y secundaria	11	14,1
De preescolar a onceavo	21	26,9
Preescolar y básica primaria	10	12,8
Total	78	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

De acuerdo con las respuestas a cada uno de los ítems referidos a la atención de la salud oral de los niños y adolescentes, se encontró que:

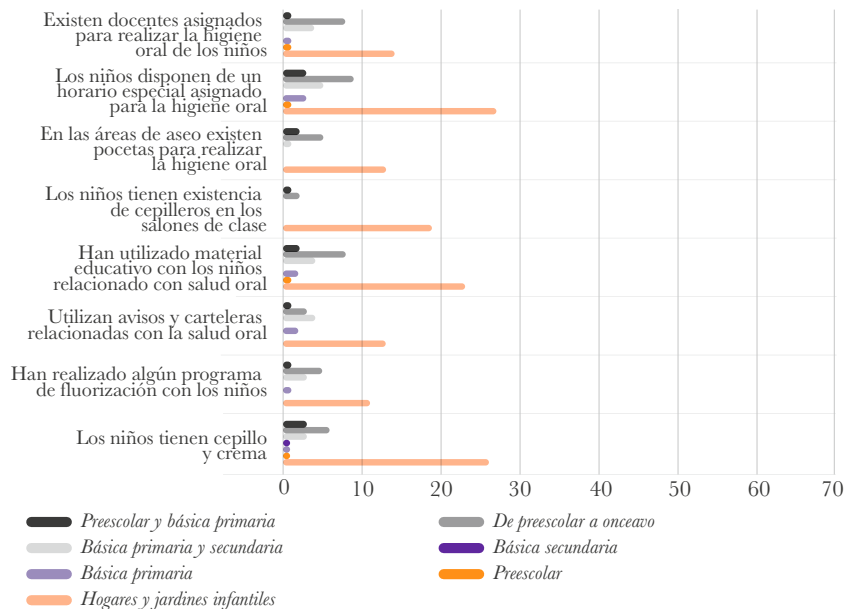


- El 94,9% de las IE desconocen la existencia de un manual de derechos y deberes en salud y, por consiguiente, no se hace difusión del mismo.
- El 46,2% cuenta con material educativo para enseñar el cuidado de la salud oral.
- El 85,9% no cuenta con docentes capacitados para la enseñanza de la salud oral.
- Un 59% incluye el componente de salud oral en el currículo, señalando que los contenidos que se incluyen en este componente son: cuidado del cuerpo (1,3%), estilos de vida saludables (16,5%), técnicas de higiene oral (36,7%), higiene oral y alimentos (7,6%). El 3,8% señala que tales contenidos corresponden al área de las Ciencias Naturales y muy especialmente al autocuidado. Las estrategias en su mayoría están articuladas a los ejes transversales propuestos por el Ministerio de Educación.
- Sobre la práctica de la salud oral en las IE, el 51,9% (n=41) cuentan con condiciones en la institución para el cuidado de la salud oral. Entre estos se destacan:
  - Fluorización: 26,9% (n=21), que se realiza periódicamente.
  - Avisos y carteleras alusivas a la salud oral: 29,5% (n=23).
  - Material educativo: 51,9% (n=40).
  - Cepillo dental y crema: 26,6% (n=21).
  - Definición de hora de cepillado (higiene oral): 61,5% (n=48).
  - Monitoreo de la higiene oral por parte de los docentes: 37,7% (n=29).
- Incluyen capacitación a docentes: 22,1% (n=17).
- Incluyen capacitación a familias: 50% (n=38).
- En cuanto a los recursos económicos para la planeación, ejecución y sostenimiento de la atención a la salud oral el 92,3% no dispone de tales recursos. Un 7,7% de las IE dicen contar con recursos provenientes de las familias de los educandos.

Un detalle de la información anterior agrupada en categorías muestra el comportamiento de tres condiciones para la salud oral existentes en las IE: condiciones para la salud oral en el entorno escolar, capacidades institucionales y gestión institucional.

Entre las posibilidades para cuidar la salud oral durante las jornadas educativas, la más frecuente es la disposición de una hora específica para que los niños realicen el cuidado de su salud oral, con un 61,5%. Le siguen la disponibilidad de cepillo y crema, con un 52,6%, y el uso de material educativo para la enseñanza del cuidado de la salud oral. En todos los casos la mayor proporción de estas condiciones se encuentra en los hogares y jardines infantiles. En menor proporción se encuentran los programas de fluorización, el uso de material educativo, la existencia de cepilleros y tener un profesor que acompañe a los niños en las actividades dedicadas a la higiene oral. En todos los casos la mayor frecuencia se observa en los hogares y jardines infantiles (figura 16).

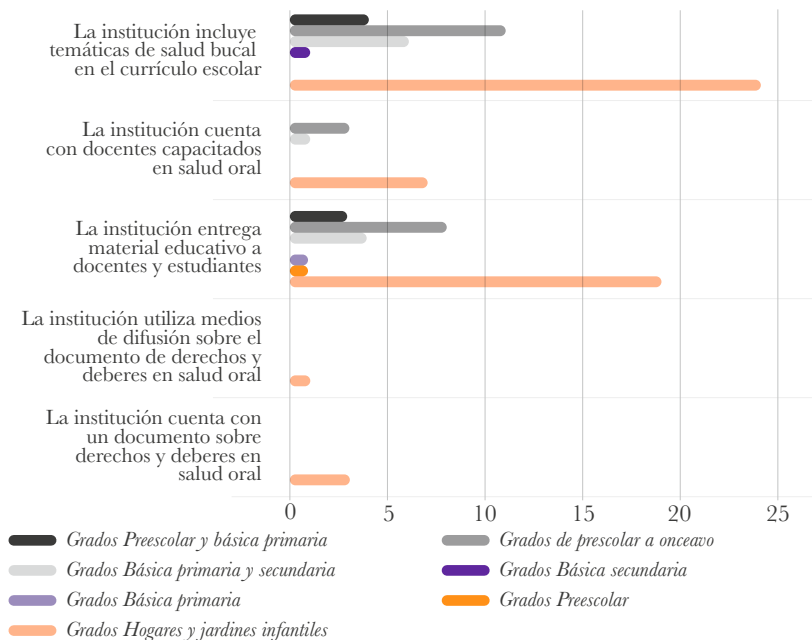
**Figura 16.**  
Condiciones para la salud oral (%) en el entorno escolar por IES



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.

En la figura 17 se muestran algunas de las condiciones con las que cuentan las IE para fomentar y apoyar la salud oral de los educandos. En este grupo se encuentran la existencia y difusión de deberes y derechos en salud oral, la entrega de material educativo a docentes y estudiantes y la inclusión de la salud bucal en los componentes del currículo escolar. Sobre la existencia de documentos y su difusión en derechos y deberes en salud oral, solo un pequeño número de hogares y jardines lo reconocen. En cuanto a los docentes y material educativo e inclusión de la salud oral en el currículo escolar, son nuevamente los hogares y jardines los que muestran una mayor proporción de acercamiento a estas condiciones.

Los contenidos que con mayor frecuencia hacen parte del currículo escolar son las técnicas de higiene oral (37,2% de las IE) y los estilos de vida saludables (16,7%).

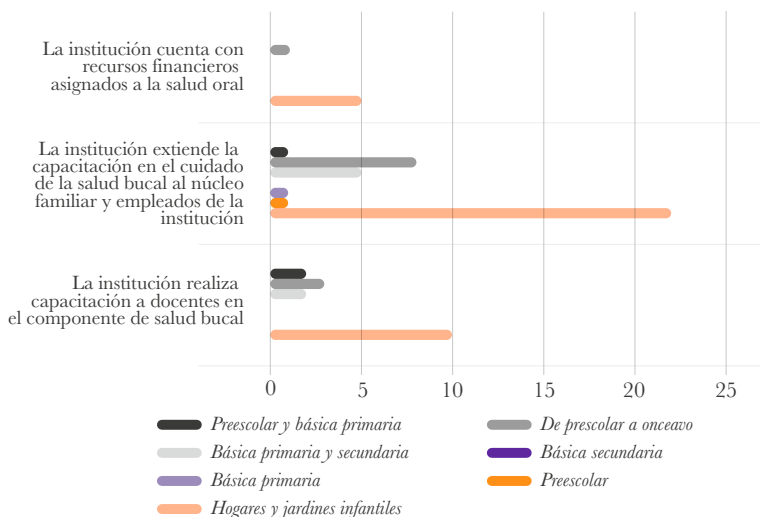


*Figura 17. Condiciones institucionales (%) que favorecen el cuidado de la salud oral, por escolaridad, 2017*

*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.*

La gestión institucional de docentes, familias y recursos económicos se muestra en la figura 18. Las IE realizan capacitación a docentes y sus familias en los hogares y jardines infantiles, básica primaria y secundaria, y preescolar y básica primaria. Solo un 7,7% de las instituciones cuentan con recursos económicos para el mantenimiento de la salud oral. Tales recursos provienen generalmente de los padres de los niños.

*Figura 18.  
Actividades en  
Gestión de la  
salud oral a nivel  
institucional (%)*



*Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación.*

### **Resultados de la encuesta realizada a las ARL del municipio de Manizales**

Se identificaron diez ARL que cumplen las funciones relacionadas con los riesgos en el trabajo de las empresas del municipio: Colmena, Sura, Liberty, Axa Colpatria, Mapfre, Seguros Bolívar, Cornabis, Positiva y Corporación Stanford. Con estas se indagó sobre la presencia de programas de salud oral en las empresas que representaban. Solo

respondieron cuatro ARL, señalando que no hay programas específicos para el cuidado de la salud oral al considerar que todas las actividades que se hacen en pro de los estilos de vida saludables incluyen ese componente. En un caso se afirma que las condiciones laborales de los afiliados no representan riesgo para la salud oral.

## *Alianzas interinstitucionales*

En este numeral se presentan los aportes de los involucrados que participaron en la búsqueda del logro de las metas y propósito de la Política de Salud Oral 2007 - 2017. Los involucrados corresponden principalmente a los miembros del Comité de Salud Oral que se articularon de diferentes maneras al logro de tales objetivos y cuyo trabajo, mediante vinculación espontánea o a través de contratos. Las principales alianzas identificadas fueron:

- Alianza por un Futuro Libre de Caries.
- Alianza con Assbasalud para desarrollar actividades de promoción de la salud oral en instituciones educativas rurales y urbanas del municipio de Manizales.
- Alianza con la Universidad Autónoma de Manizales para realizar intervenciones para la salud oral en los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del municipio y en los establecimientos educativos del municipio en el año 2012.

## *Alianza por un Futuro Libre de Caries*

Un proyecto global contra la caries dental iniciado en Brasil (2007) se constituye en una oportunidad para que Colgate con las universidades de Antioquia, del Valle, El Bosque y Autónoma de Manizales dieran lugar a la configuración del capítulo Colombia, con

cuatro territorios demostrativos para el logro de los objetivos de una Alianza Internacional por un Futuro Libre de Caries.

Entre las metas de la Alianza se encuentra la difusión y formación de profesionales en el nuevo paradigma de la caries que respalda el reconocimiento de la caries de mancha blanca, su manejo no operatorio, la valoración del riesgo de caries y el uso de sonda para el diagnóstico. Se definen sistemas de manejo operatorio y no operatorio para la caries dental.

La Alianza y su capítulo Colombia (2012), se vincula a las líneas estratégicas de la Política de Salud Oral del municipio de Manizales en su propósito de que las actividades realizadas en pro de la salud oral en este municipio se constituyan en garantía de una sonrisa sana. Con la Alianza se promueve la articulación de sus metas con la Política de Salud Bucal y con los proyectos de la UAM en docencia, investigación y proyección social.

Cabe señalar que desde el año 2013 la Alianza se articuló a actividades de gestión de la salud oral como el programa Odontobebé, los programas de salud oral en CDI e instituciones educativas, el programa de maternidad segura, de mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios odontológicos. En 2014 se desarrollaron procesos de capacitación para fortalecimiento del talento humano a estudiantes y profesores de odontología, profesores de enseñanza básica, capacitación al Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) y Salud oral binomio madre-hijo. Los aportes a las líneas estratégicas se visualizan en el cuadro 13.

<i>Procesos</i>	<i>Indicador/número</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Actividades colectivas de educación realizadas en el territorio	Actividades de información, comunicación y educación para la salud (IEC) realizadas en el territorio/año.	40	86	100
	Personas de primera infancia cubiertas con las actividades de IEC en el territorio.	1.600	1.620	1.620
	Personas de infancia cubiertas con las actividades de IEC en el territorio.	3.000	3.000	7.700
	Personas adolescentes y jóvenes cubiertas con las actividades de IEC realizadas en el territorio.	0	0	40
	Personas adultas cubiertas con las actividades de IEC realizadas en el territorio.	110	105	285
	Personas adultas mayores cubiertas con las actividades de IEC realizadas en el territorio.	0	0	115
	Mujeres gestantes cubiertas con las actividades de IEC realizadas en el territorio.	30	50	3
	Número de kits de higiene bucal o general entregados	6.000	6.000	26.200
	Número de cepilleros instalados	0	0	150
	Niños cubiertos con los cepilleros instalados.	0	0	4.000

*Cuadro 13. Actividades realizadas con la Alianza por un Futuro Libre de Caries en el municipio de Manizales, 2015-2017*

<i>Procesos</i>	<i>Indicador/número</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Actividades individuales de prevención.	Niños cubiertos con la aplicación de barniz de flúor.	5.800	1.075	220
	Niños cubiertos con la aplicación de flúor en gel o enjuague de flúor.	1.200	0	0
	Número de niños que han recibido el carné – pasaporte de salud bucal.	5.800	1.075	220
Capacitación de actores sociales y comunitarios.	Actores sociales o comunitarios capacitados para el cuidado de la salud bucal.	200	200	50
Capacitación del talento humano profesional y técnico de las facultades y de los territorios.	Número de actividades de capacitación a docentes universitarios, relacionadas con el proyecto.	2	2	3
	Docentes universitarios beneficiados con la capacitación.	30	22	50
	Número de docentes vinculados a las actividades del territorio.	5	7	13
	Actividades de capacitación a profesionales de la salud relacionadas con el proyecto.	10	4	3
	Número de profesionales beneficiados con la capacitación.	400	440	412
	Actividades de capacitación a técnicos auxiliares de salud oral relacionadas con el proyecto.	4	4	4



<i>Procesos</i>	<i>Indicador/número</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
Prácticas académicas desarrolladas en el marco del proyecto.	Número de actividades de capacitación a estudiantes de odontología relacionadas con el proyecto.	6	6	6
	Estudiantes que recibieron la capacitación.	200	231	200
	Estudiantes de odontología vinculados a las prácticas académicas en el territorio/año.	120	217	180
Caracterización de la población.	Número de ejercicios de caracterización de situación de salud.	5	4	4
	Personas con evaluación clínica bucal realizada en el marco del proyecto alianza global/ denominador definido por cada territorio.	1.200	496	125
Diseño y ejecución de proyectos de investigación.	Número de proyectos de investigación formulados relacionados con la alianza global.	0	2	1
	Proyectos de investigación iniciados relacionados con la alianza global.	0	1	1
	Proyectos de investigación en curso relacionados con la alianza global	0	1	0

*Fuente: Alianza por un Futuro Libre de Caries.*

Además de la gestión presentada en el cuadro 13, la Alianza se ha mantenido hasta 2017 y en ese marco se ha logrado la vinculación de la salud oral en las mesas de Primera Infancia, de Alimentación

y Aprovechamiento y de Estilos de Vida Saludables. Además, ha contribuido con la asesoría para el desarrollo de material educativo a los contratistas que llevan a cabo los proyectos de salud bucal del municipio.

Entre los aportes más significativos se encuentran los dos estudios realizados a través de los cuales se recolectaron los indicadores de salud oral necesarios para poder hacer seguimiento a la política y los programas que hubieran derivado de la misma.

### *Alianza con Assbasalud ESE para intervenciones en instituciones educativas del municipio de Manizales*

Assbasalud es una Empresa Social del Estado de primer nivel de atención, prestadora de servicios de salud, que actúa en bajo y mediano grado de complejidad. Cuenta con el talento humano capacitado para proveer servicios de atención a la salud oral tanto en el plano individual como en el colectivo.

En lo colectivo y en el marco de la Política de Salud Oral 2007-2017, Assbasalud ejecutó las acciones previstas por la Secretaría de Salud para el cuidado de la salud oral en instituciones educativas urbanas y rurales del municipio. Las actividades realizadas en estas instituciones se observan en el cuadro 14.

Se observa la amplitud del diagnóstico inicial realizado en 2013 y 2015, de gran relevancia para la promoción y el mantenimiento de la salud oral en la población a intervenir. Con esta información se construye la factibilidad de valorar los efectos e impactos de una intervención en salud pública.

<i>Actividades</i>	<i>Cobertura 2013</i>	<i>Cobertura 2015</i>
<i>· Acceso a los Servicios de Salud</i>		
Levantamiento del índice de placa bacteriana cuantitativo	1.287	3.750
Levantamiento índice COP-D	1.287	3.750
Levantamiento índice COP-Modificado	1.287	3.750
Levantamiento índice Experiencia de caries	-	3.750
Levantamiento índice Prevalencia de caries	-	3.750
Levantamiento índice de Dean (Fluorosis dental)	32	219
Entrega de Kits de salud oral	4.032	3.750
<i>· Gestión institucional</i>		
Actividades educativas realizadas a profesores y padres de familia.	652	-
Actividades educativas realizadas a prescolares y escolares.	4.032	3.750

*Cuadro 14.  
Actividades  
realizadas por  
Assbasalud ESE,  
2013-2015*

*Fuente: elaboración propia a partir de los informes de ASSBASALUD ESE.*

### **Programa Odontobebé**

En el año 2012 se implementó un programa dirigido a promover el cuidado y vigilancia en el desarrollo de la salud oral de los menores de un año en el marco de los procesos de crecimiento y desarrollo de las IPS. El programa se inicia con la motivación a las madres gestantes atendidas en la IPS San Cayetano, capacitación de talento humano en

la valoración de la salud oral del recién nacido, entrega de implementos de higiene oral como el cepillo de silicona unidedal, entrega de carné de inscripción del recién nacido al programa y seguimiento domiciliario a los niños inscritos en el programa.

Para el fortalecimiento del programa en el año 2013 se vinculan 170 madres y bebés atendidos en la clínica San Cayetano, se les dota de carné y cepillo de silicona unidedal y se realiza seguimiento domiciliario a cada bebé inscrito. En 2014 se mantiene el proceso de motivación hacia el programa, con la vinculación de IPS privadas, entrega de kits de salud oral para bebé y atención a 60 niños nacidos en la clínica San Cayetano. El programa se fortaleció en 2015 con las IPS vinculadas.

El programa *Odontobebé* hace parte en este momento de las estrategias de atención a la salud oral en Assbasalud. No se tiene información acerca de la permanencia de las IPS privadas.

### *Programas desarrollados a través de la Universidad Autónoma de Manizales*

#### **Programa en CDI**

Siguiendo los lineamientos de la Política Pública de Salud Oral de Manizales 2007-2017, la Universidad Autónoma de Manizales desarrolló el proyecto *Intervención preventiva en salud oral en establecimientos educativos del municipio de Manizales*, que incluyó a escolares, profesores y padres de familia.

El objetivo del proyecto fue contribuir a la calidad de vida de los niños de los CDI de la ciudad de Manizales por medio de procesos de educación para la salud, protección específica para la caries dental e inducción de la demanda de los servicios de salud oral. Para el desarrollo del proyecto se estableció la condición de salud oral de 407 niños entre 1 y 5 años con los siguientes resultados: índice CEO-D: 1,35; experiencia de caries dental 66,1%. El 62,9% de los niños están inscritos en el régimen contributivo de seguridad social y el 33,7% en

el régimen subsidiado; el 0,5% tienen régimen contributivo y medicina prepagada, y el 1,7% están incluidos en régimen especial. El programa desarrollado en los CDI formuló varias líneas estratégicas:

- Educación para la salud dirigida a escolares, padres de familia y profesoras.
- Protección específica para caries dental: aplicación de barniz de flúor.
- Información a las IPS responsables de la atención de los niños para generar procesos de demanda inducida.

Se espera hacer seguimiento a los resultados del programa respecto a las modificaciones en los indicadores de salud oral a partir de la línea de base, en este caso, el diagnóstico inicial.

### **Intervención preventiva en salud oral en IE del municipio de Manizales, 2012**

El estudio tuvo como objetivo caracterizar la situación de salud oral de la población preescolar y escolar de las instituciones de educación públicas de las zonas urbana y rural del municipio de Manizales, y a partir del conocimiento de esta situación, realizar intervenciones con los escolares, padres de familia y profesores de las IE participantes.

Se incluyeron 637 preescolares de 1 a 5 años y 5.321 escolares entre los 6 y los 17 años. Los escolares por edades fueron: 735 de 6 años, 848 de 7 años, 850 de 8 años, 863 de 9 años, 948 de 10 años, 633 de 11 años, 269 de 12 años, 95 de 13 años, 49 de 14 años, 16 de 15 años, 7 de 16 años y 2 de 17 años. En estos se midieron índice de COP-D, índice de COP D-modificado y sus respectivos componentes, índice de placa bacteriana, experiencia y prevalencia de caries dental y riesgo de caries. Las intervenciones educativas fueron diseñadas para niños, padres de familia y profesores. La protección específica, aplicación de barniz de flúor, fue realizada a los preescolares y escolares con caries no cavitacional. 581 niños del área rural recibieron esta intervención.

Todos los escolares recibieron equipo para higiene oral constituido por vaso, cepillo dental, crema y seda. Además, material educativo para las instituciones educativas.

### *Presupuesto invertido en la implementación de la Política de Salud Oral 2007-2017*

El presupuesto registrado en los diferentes informes de contratos se observa en la tabla 8. El total de la inversión asciende a dos mil trescientos tres millones doscientos sesenta y cinco mil novecientos cuarenta y tres pesos colombianos (\$2.303.265.943), que a precios de 2008 corresponden a \$2.059.115.662,16. La Secretaría de Salud fue la única fuente de recursos.

En la tabla 8 se especifica la información de las actividades realizadas ente 2007 y 2017 e incluyen servicios de promoción, prevención en salud oral y divulgación de la estrategia IEC a una población aproximada de 33.668 personas, formación de 435 cuidadores y líderes en salud oral, capacitación a 358 profesionales de apoyo, impulso a programas de salud oral (IEC) en 422 instituciones del municipio, incluyendo instituciones educativas y empresas (datos aproximados).

En el análisis de presupuesto, \$116.103.338 se dedicaron a tres investigaciones por medio de las cuales se midieron los índices de salud oral (dental) en 2011, 2012 y 2015, que permitieron evaluar los efectos de la Política de Salud Oral. En 2011 se levantó la primera línea de base y en 2015 se realizó una segunda medición, que permite comparar los cambios en los índices y sus respectivos componentes a la fecha de la presente evaluación.

Cabe destacar que en el marco de la política se desarrollaron alianzas que contribuyeron de diferentes maneras a los logros de la política, incluyendo la destinación de recursos económicos. De tales alianzas se ocupa el siguiente numeral. Por ello no se incluyen aquí los aportes de la Alianza por un Futuro Libre de Caries, que ascienden a 16 millones de pesos, ejecutados conjuntamente con la Secretaría de Salud

de Manizales y la Universidad Autónoma de Manizales. Sus realizaciones se describieron en el apartado de la AFLC del acápite de alianzas.

<i>Año</i>	<i>Presupuesto</i>	<i>Destinación</i>
2007	\$200.000.000	Capacitación, intervenciones clínicas, IEC.
2008	\$205.600.000	Capacitación, actividades de salud oral e interventoría.
2009	\$207.600.000	Actividades de salud oral e interventoría.
2009	\$20.000.000	Capacitación de profesionales.
2010	\$126.604.640	Capacitación, intervenciones clínicas, IEC.
2011	\$243.638.333	Capacitación, prevención, política, investigación.
2012	\$182.349.999	Capacitación, programas para menores de 5 años e IE.
2013	\$213.478.386	Capacitación, programas en empresas, IES y grupos de población.
2013	\$29.059.000	Visitas a IPS, EPS y Assbasalud.
2013	\$52.447.570	Capacitación, atención e interventorías en salud oral.
2014	\$93.028.042	Capacitación, investigación, empresas.
2015	\$260.416.124	Capacitación, Odontobebé, kits, investigación.
2016	\$248.027.563	Programas comunitarios, capacitación, escuelas saludables y kits.
2017	\$221.016.286	Promoción, escuelas saludables, educación, IE, adulto mayor, discapacidad, información (plegables etc.)
Total 2006 - 2017	\$2.303.265.943	

*Tabla 8.  
Presupuesto y  
destinación en la  
Política de Salud  
Oral entre  
2007 y 2017*

*Fuente: elaboración propia a partir de fuentes secundarias de información.*

Puede observarse que gran parte de los recursos se emplearon en capacitación, en la que se incluyen beneficiarios directos de la política por medio de programas de salud en instituciones educativas y empresas, así como beneficiarios indirectos identificados como aquellos actores que por su ejercicio profesional y laboral se relacionan con la salud oral de la población.

### *Aporte de las líneas estratégicas y las alianzas a la efectividad de la Política de Salud Oral del Municipio de Manizales, 2007-2017*

Para el desarrollo de las líneas estratégicas de la política el municipio de Manizales contó con aportes importantes que contribuyeron a la visualización de la salud oral como un asunto de salud pública, al fortalecimiento del trabajo de la Secretaría y al posicionamiento de la salud en diferentes ámbitos. Se sintetizan a continuación, a juicio de los evaluadores, los aportes más relevantes. Cabe señalar que en tales aportes se incluyen los realizados por las alianzas estratégicas con la Alianza por un Futuro Libre de Caries, con Assbasalud ESE y la Universidad Autónoma de Manizales, que hicieron presencia permanente en el Comité de Salud Oral.

### *Gestión de la salud oral del municipio*

La existencia de una Política Pública de Salud Oral, y específicamente la línea de gestión, ha permitido la concurrencia de actores que impulsan el componente de salud bucal por medio del Comité de Salud Oral como instancia de apoyo a la Dirección de Salud Oral (hoy Oral, Visual y Auditiva). Las actividades realizadas en la Secretaría de Salud han favorecido la permanencia de una infraestructura administrativa que se ocupa de orientar, ejecutar y



hacer seguimiento a las actividades que en función de la salud bucal son realizadas o contratadas por la Secretaría.

La influencia de la academia y de las IPS que hacen presencia en este comité han generado un ambiente de compromiso con la salud oral del municipio de Manizales, expresado en capacitaciones a profesionales, auxiliares y cuidadores, organización y participación en las jornadas masivas de educación e intervenciones con diferentes grupos poblacionales.

### *Posicionamiento de la salud oral*

Para el posicionamiento de la salud oral en el imaginario colectivo de los manizaleños se realizaron un sinnúmero de jornadas, con diferentes tipos de recursos, que promovieron el interés por el cuidado de la salud oral en diferentes grupos poblacionales, especialmente en niños, mujeres embarazadas y adultos mayores. Esta línea estratégica fue la que mayor número de productos puso a disposición de la población del municipio de Manizales para que se dé mayor importancia a las condiciones relacionadas con la salud bucal.

En cuanto a los logros, el reconocimiento de la salud oral como componente importante de la salud y la calidad de vida de las personas tuvo su mejor expresión en los jardines, hogares infantiles y centros de desarrollo infantil. No sobra registrar que las condiciones de pobreza de los niños que son atendidos en estas instituciones limitan el cambio de comportamiento que se requiere en el entorno familiar con respecto a la salud, y en particular, a la salud oral.

### *Gestión del recurso humano*

Le subyace a esta política un interés sostenido por el desarrollo de capacidades en el talento humano responsable del cuidado de la

salud bucal. A lo largo del desarrollo de la política se identifica que la formación va desde la incorporación de criterios nuevos para la identificación y el tratamiento de la caries en profesionales, hasta las habilidades para participar en procesos IEC por parte de auxiliares, cuidadores y comunidades.

Se esperaría que tales habilidades, sobre todo las de diagnóstico y tratamiento de la caries (con la incorporación de ICDAS II), hubieran tenido un importante efecto en los procesos de inspección, vigilancia y control de la caries, con repercusiones significativas en los perfiles de morbilidad. No obstante, la ausencia de una normatividad congruente con este propósito no favoreció el desempeño de los profesionales en las nuevas competencias adquiridas. Los diagnósticos del estado de los dientes con base en los códigos reconocidos en CIE 10 limitan una actuación más congruente con la vigilancia permanente de la situación de la caries dental en el municipio.

### *Acceso a servicios de calidad*

La facilitación del acceso a servicios de calidad a la población infantil del municipio se evidenció en campañas masivas de protección específica, en las cuales se aplicó barniz de flúor a la población infantil. Alrededor de 7.000 niños recibieron esta intervención y alrededor de 6.000 recibieron, adicionalmente, kits para la higiene bucal.

Además, el programa Odontobebé, implementado desde el año 2012 y dirigido a los recién nacidos y su familia, se ha mantenido vigente en Assbasalud ESE del municipio. Cabe señalar que la estrategia fue difundida ampliamente a las IPS privadas, sin que a la fecha se conozca la configuración y continuidad del programa. Los niños entre 0 y 11 meses, beneficiarios del programa en Assbasalud entre los años 2016 y noviembre de 2017 fue de 1.230.

## *Información en salud bucal*

La iniciativa de evaluar la Política de Salud Oral en el año 2011 para identificar aquellas aspiraciones de la misma que no tenían factibilidad de ser realizadas, y la gestión y aprobación de dos estudios poblacionales orientados a la configuración de líneas de base para monitorear los resultados tempranos y efectos de la política, fueron aciertos de gran relevancia. Es de un valor incalculable poder señalar que no se cumplieron todas las metas de la política con evidencia objetiva, porque en adelante se podrá monitorear el desempeño de los responsables de la salud bucal del municipio.

Igualmente, el seguimiento realizado por la Secretaría a niños en las instituciones educativas permitió identificar, posiblemente, los efectos de las intervenciones realizadas en el ámbito escolar.

Una conclusión respecto de las líneas estratégicas es que cada una, con sus metas y resultados, permite ver el gran número de actividades relacionadas. Sin embargo, no es posible valorar sus resultados, dada la inexistencia de metas medibles por medio de los cambios observados a partir de una línea de base. No se planeó un proceso que permitiera identificar el punto de partida y el de llegada para poder valorar los cambios en cada una de las líneas. Lo anterior se corrobora en el plan de acción, sobre el cual no se observa algún proceso de planificación.







En Colombia los referentes de comparación en salud oral reconocidos ampliamente son los estudios nacionales, que para el caso de la presente evaluación es el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV 2013-2014). Por ello, a continuación se realizan las comparaciones de los resultados nacionales y los de Manizales en el año 2015. Iniciando con los indicadores más globales, se encuentra que la prevalencia de caries en Colombia a los 5 años es del 52,38 % y en Manizales 56%; a los 12 años es del 37,5 % en Colombia y de 25% en Manizales; en todas las demás edades la prevalencia de caries es inferior en Manizales comparada con los resultados nacionales. Cabe señalar que la prevalencia es menor también a la observada en el ENSAB III.

En relación con la experiencia de caries, El ENSAB IV reporta a los 5 años el 62,24 % y para los 12 años el 54,16%, mientras que este indicador en Manizales para el 2015 es del 68% y 45,8% respectivamente. Indicadores que se observan similares según lo reportado por otros países del mundo entre los años 2010 y 2011. Para los otros grupos de edad, la experiencia de caries en el ENSAB IV oscila entre 87,96% a los 25 años y 98,46% a los 45 años; en Manizales dicha experiencia es inferior.

En cuanto al índice COP modificado, a los 12 años es de 1,51 en el ENSAB IV, mientras que en Manizales dicho índice alcanza a 6,97; índice que es más alto comparado con el ENSAB IV y por lo

reportado por otros países, según la base de datos de salud oral de la Organización Mundial de la Salud y según el comparativo que se presenta en el ENSAB IV para los países de América, donde el valor más alto reportado es de 4,4.

La discusión más relevante es la que se realiza frente al desempeño de la política, ya que, en los datos de los estudios poblacionales, por las características del muestreo, las regiones y localidades quedan menos representadas y pueden no revelar las profundas diferencias en los ámbitos territorial y local.

En relación con el desempeño de la política y teniendo como base los factores que condicionan los alcances de la implementación de una política que resume Rubio-Campos [22] a saber: a) del diseño de la política, b) de la política misma, c) de los actores y d) los factores externos, se discuten algunos de estos aspectos respecto de la Política de Salud Oral del municipio de Manizales.

El diseño de la política al parecer estuvo vinculado a un análisis causal de las problemáticas abordadas, centradas no en aspectos relacionados con los determinantes sociales y su relación con las desigualdades en salud, sino en aquellos que encontraban que la formación de cuidadores, capacitación de odontólogos, estrategias de comunicación a diferentes grupos poblacionales, prevención específica, lograrían modificar la morbilidad en salud oral e incrementar las posibilidades de acceso a los servicios de salud y de autocuidado en salud.

Este es el supuesto que al parecer subyace a la política, ya que ninguno de sus componentes definidos como gestión implicó la participación social, la identificación de grupos vulnerables, la identificación de determinantes sociales, la priorización de poblaciones, la identificación de necesidades específicas, la planeación de la atención, etc., que son las que orientan los procesos de planificación de la implementación de una política, su seguimiento y evaluación. La planificación es lo que permite que las decisiones de política alcancen la transformación de las situaciones socialmente problemáticas, como la salud oral de la población de Manizales. Sin embargo, pueden darse



incongruencias a la hora de elegir las opciones de políticas que apunten a la resolución del problema.

La implementación implica la elaboración de programas para responder a las situaciones concretas que se deberán enfrentar. Es el momento donde se vuelve palpable la política en escenarios y contextos reales; es la fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o de discursos [23]. Dicha implementación se traduce en programas con metas e indicadores definidos, promoción del seguimiento a los procesos que limitan su desenvolvimiento, su mejoramiento y a la optimización de los recursos. Si las metas de la política se dirigían a reducir los indicadores de salud oral en todas las edades en función de corto, mediano y largo plazo, ¿cómo las actividades de las líneas estratégicas contribuían a lograrlo?

Las deficiencias en la implementación de las políticas en salud ha sido uno de los problemas de mayor interés y marcan la necesidad de investigar tales procesos, según lo plantea la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS [24]. Al parecer, para alcanzar las metas de la política no se tuvieron en cuenta los asuntos institucionales, las herramientas para acordar el quehacer, el cómo hacerlo y cómo evaluarlo, así como la previsión de los resultados con el fin de acotar criterios para el análisis de las contingencias, como señala Eslava en *El juego de las políticas públicas* [25]. Anota Jiménez [26, p. 147]:

Las políticas públicas como respuesta a los problemas públicos deben permitir la evolución positiva de los mismo a través de mecanismos de acción concretos. De no ser así, el objetivo de las políticas estaría siendo menguado por intereses de corte político que dificultan el avance de las situaciones problemáticas, transformando la construcción de las políticas en ciclos repetitivos sin mayores alcances.

Si bien en el marco del ciclo de la política la limitación central observada fue la implementación, también lo fue la planificación, en particular en lo que atañe a los indicadores. Los indicadores son la piedra angular del seguimiento y la evaluación, en tanto se constituyen

en rasgos observables que pueden ser medidos y verificados de forma objetiva [27]. De allí que bajo los lineamientos de la gestión para resultados del desarrollo planteados por Naciones Unidas [12, p. 7]:

Sin una planificación adecuada y una articulación clara de los resultados buscados, no está claro qué se debería supervisar, ni cómo; por tanto, no se puede hacer bien el seguimiento. Sin una planificación eficaz (marcos de resultados claros), la base de la evaluación es débil, por tanto, no se puede hacer bien la evaluación.

Respecto de los actores es pertinente señalar que, si bien se configuró un Comité de Salud Oral orientador de la ejecución de la política en sus líneas estratégicas, las actuaciones en el trabajo de campo estuvieron restringidas a los programas realizados por la Secretaría de Salud, Assbasalud y la Universidad Autónoma de Manizales. El involucramiento de los representantes de la Secretaría de Educación, de la Dirección Territorial de Salud y de las IPS estuvo circunscrita a sus propias competencias de actuación. Cabe señalar además que al momento de la evaluación no suministraron información que pudiera aclarar las limitaciones y oportunidades para la Política de Salud Oral municipal. Lo anterior es reflejo de las limitaciones generadas entre actores del sector público (Secretaría de Salud) y el privado (IPS) y en la colaboración intersectorial.

Por esta razón el desempeño de la política y los problemas de salud oral propios del municipio orientaran las decisiones a partir del año 2018.

## *Conclusiones*

A continuación, se presentan las conclusiones de la evaluación. Estas se diferencian en dos grupos: conclusiones según los objetivos propuestos en la evaluación y los derivados del modelo de evaluación utilizado.

## *Según los objetivos de la evaluación*

1) La Política de Salud Oral formulada en el año 2007, revisada en 2011 y evaluada en 2017 es una política cuya meta estuvo dirigida a reducir o mantener valores bajo los indicadores de salud oral según planteamientos de la OMS. Sus líneas estratégicas confluyen principalmente en actividades de capacitación de actores de las instituciones educativas responsables del mantenimiento de la salud oral, entre los cuales solo unos pocos incluyeron el núcleo familiar y los profesores. La capacitación de profesionales de la odontología en la aplicación de los criterios ICDAS en la valoración de la salud oral fue uno de los principales aciertos, dado su potencial para controlar la caries no cavitacional, lo que no pudo reflejarse en la efectividad de la política dados los indicadores que deben ser inscritos en los registros de atención en salud. Para los prestadores de servicios de salud los criterios siguen centrados en el diagnóstico de las alteraciones y en su tratamiento. No hay en el Sistema General de Seguridad Social una normativa específica/ guía de práctica clínica que, basada en la evidencia, permita superar el enfoque procedimental orientado al tratamiento y la rehabilitación que adopta cada IPS.

2) La efectividad de la política 2007-2017 en la situación de salud de la población de 5 años de edad fue mínima. Los indicadores utilizados no mostraron variaciones importantes que dieran cuenta de una disminución en los años de vigencia de la política. A los cinco años la experiencia y prevalencia de caries superan el 50% y los índices de CEO-D y CEO-D modificado aumentan. A los 12 años se alcanza la meta de la OMS para este grupo de edad según el valor de COP, que ubica a este grupo en un rango bajo para caries dental; no obstante, el valor del COP-D modificado se incrementa, alcanzando el rango de muy alto. La importancia de estos dos grupos de edad en las políticas de salud radica en que estas poblaciones son clave para la construcción de comportamientos requeridos para que la salud oral sea una dimensión importante de la salud y la calidad de vida. Además, dadas

las condiciones de vida de la población, se encuentran entre quienes padecen mayores desigualdades sociales e inequidades. A los 25 años se encuentra una disminución de caries cavitacional, dientes obturados y perdidos por caries. En las demás edades centinelas los indicadores no varían de manera importante.

3) Las estrategias de las líneas de política consolidaron y promovieron:

- Una infraestructura administrativa para el monitoreo y seguimiento a la política representada por el Comité de Salud Oral, en el cual confluyen el sector salud público y algunos representantes del privado, la Secretaría de Educación, la academia y los aliados que contribuyen al desarrollo de las líneas estratégicas, bien sea a través de actividades comunes o por contrato.
- El posicionamiento relativo de la salud oral como componente básico de la salud en las instituciones educativas que atienden a la primera infancia y preescolares.
- Acceso a servicios de promoción de la salud y protección específica en jornadas masivas y en instituciones educativas urbanas y rurales del municipio.
- En la gestión del talento humano se destacan el desarrollo de competencias en la aplicación de ICDAS II en la valoración de la salud oral dirigida a odontólogos, capacitación y difusión de la estrategia IEC en el cuidado de la salud oral a enfermeras, auxiliares de salud oral, higienistas, cuidadores de menores, padres de familia y educadores.
- En la línea de gestión de la información, la realización de dos investigaciones dirigidas a la construcción de la línea en base en salud oral en los años 2011 y 2015 permitió evaluar el efecto de la política sobre la salud oral. Sin estos dos aportes no hubiera sido posible realizar la evaluación.

- En cuanto a los factores que contribuirían a la efectividad de la política, no podría señalarse alguno en particular. Y ello porque los productos de las líneas estratégicas (excepto gestión de la información) tuvieron una cobertura aproximada del 33% de la población del municipio y los demás carecieron de denominadores específicos para presentarlos como indicadores de la gestión realizada.
- Las alianzas estratégicas configuraron un espacio común para la acción en la política de salud oral y de la cual, con excepción del levantamiento de indicadores, no se formularon indicadores específicos que permitieran medir más precisamente su alcance.

4) Los recursos económicos aportados por la Secretaría de Salud fueron aproximadamente constantes durante el período evaluado. Su inversión estuvo dirigida en gran parte a la capacitación de diversos actores implicados en el cuidado de la salud oral en todos los grupos de edades. No se evidenció que la Política de Salud Oral hiciera parte del Plan de Desarrollo del municipio.

Como conclusión general se puede afirmar que no fue posible aplicar criterios de la evaluación como pertinencia, eficacia y eficiencia y otros, dado que la formulación no llevó a un proceso de implementación, seguimiento y evaluación que permitiera durante el proceso un ajuste de las actividades, productos y recursos para lograr las metas propuestas. Las líneas estratégicas, si bien pertinentes para la gestión, no contribuyeron a las metas de resultados en salud oral.

### *Según el modelo de evaluación para resultados del desarrollo*

Según el modelo de evaluación utilizado son dos las conclusiones generales que emergen de los resultados presentados.

La primera tiene que ver con la insuficiencia del plan de acción en precisar los indicadores por medio de los cuales se daría cuenta de los objetivos de cada línea estratégica; estos solo dan cuenta de actividades. No hay relación entre estos y las metas de la política, que estaban definidas en cambios en los indicadores usados para el seguimiento a la salud oral. Este es un problema técnico.

La segunda es relacionada con la política misma. Si bien diversos autores coinciden en afirmar que la complejidad de la política pública no puede ser resuelta con el análisis del ciclo de la política, la evidencia viene mostrando que no basta con tener la política formulada. La implementación explica parcialmente las brechas entre las políticas formuladas y los resultados/efectos esperados. La implementación requiere un proceso de planificación que parta de la elaboración de un mapa de resultados (alcances) en el cual se logre visualizar la cadena de resultados necesarios para lograr los efectos/impactos esperados. La política debe ser objeto de un proceso de planificación con asignación de recursos, seguimiento y evaluación, para poder señalar cómo se ejecutó la política, cuáles sus logros, aprendizajes y limitaciones.

Finalmente, y recordando que a las políticas públicas les subyace lo político además de lo técnico, su gestión política es un componente central, de lo cual no se obtuvo ninguna evidencia.

## *Recomendaciones*

A partir de los hallazgos de esta evaluación se identifican tres grupos de recomendaciones: uno, referido a las poblaciones que se deberían priorizar; dos, a los programas que deberían instaurarse en el marco del Modelo Integral de Salud (MIAS) y la adopción de la estrategia priorizada en dicho modelo, y tres, a la adopción de un modelo de planeación de la implementación bajo los criterios de gestión para

resultados del desarrollo y la creación de un mapa de resultados (alcances) orientador de la planeación de la implementación de la políticas.

### *Respecto de las poblaciones a priorizar*

Para la generación de lineamientos de política 2018-2025 se propone el análisis del problema de la salud oral de la población de Manizales a partir de las desigualdades generadas por los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Conocer esto y su distribución en la ciudad permitiría priorizar grupos de población que por sus condiciones de vida requieren intervenciones intersectoriales con el fin mejorar su calidad de vida.

A partir de los postulados de los determinantes sociales no es posible ignorar que el riesgo de enfermar o morir tiene que ver con los escenarios donde transcurre la vida de las personas. A partir de otros estudios se ha encontrado que las necesidades básicas insatisfechas, el desempleo, el analfabetismo, la marginación, se asocian a mayor probabilidad de enfermar o morir. Esto no es ninguna novedad, pero solo a partir del Plan Decenal de Salud Pública las desigualdades han pasado a hacer parte de la agenda pública en salud.

### *Respecto de la política y su implementación*

Si bien ya existen unos lineamientos a partir del Plan de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que se operativizan en las Rutas Integrales de Atención (RIAS), uno de los aspectos más relevantes es que estas deben conducir a la formulación de programas, proyectos, servicios dirigidos a las personas, familias y comunidades. Y ese es quizás uno de los primeros aspectos que limitan las acciones en política pública, dada la cultura de ver la salud como un problema individual alejado del contexto en el que

viven las personas y objeto privilegiado de servicios de salud netamente curativos. Una política pública en salud es de alcance poblacional y, dadas las circunstancias actuales del sistema de seguridad social, una de sus principales orientaciones ha de basarse en la priorización de grupos más desfavorecidos y vulnerables del municipio.

Con el modelo de salud y las RIAS se contribuye a que las personas alcancen resultados en salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan.

Un aspecto adicional a tener en cuenta es la conservación y actualización de los programas dirigidos a grupos de población como preescolares y escolares, cuyo abordaje integral, permanencia en el tiempo, seguimiento y evaluación sistemática permitan consolidar experiencias exitosas que puedan ser replicadas. Programas como Odontobebé, intervenciones continuadas y sistematizadas en jardines y centros de desarrollo infantil son experiencias que requieren mayor tiempo para poder evidenciar los efectos positivos sobre la salud oral.

### *Modelo de planeación de la implementación de la política*

Lo primero que aparece en el panorama de la Política de Salud Oral del municipio de Manizales es la necesidad de reflexionar sobre lo que fue la política de salud durante el período analizado y precisar sus lineamientos; a partir de ese momento se evidencia la necesidad de planear la implementación. Si bien para muchos actores y autores posicionarse en uno de los componentes del ciclo de las políticas no es lo más pertinente y se acogen a una visión integrada como proceso de las políticas públicas, interesa señalar que es en la implementación de la política donde se puede cerrar la brecha entre la formulación y la obtención de resultados. Y es aquí donde la planeación para resultados del desarrollo y el mapa de resultados (o de alcances) cobra gran valor.







Según lo dicho en capítulos anteriores, se evidencian limitaciones en la Política de Salud Oral 2007-2017, las cuales podrán observarse en la figura 19. La figura propone una manera de entender las problemáticas de salud oral a partir de los resultados de la evaluación. Se reconoce que en la base de la problemática se encuentran las profundas desigualdades sociales que abruma a la población, en razón de la influencia que ejercen los determinantes sociales en las condiciones de vida. Las políticas y programas en salud se dirigen a todos los beneficiarios y comunidades, indistintamente del contexto particular de estos; es decir, sin tener en cuenta las condiciones y necesidades de la vida de las personas, de tal forma que no favorecen su transformación. Se reconoce también que los resultados de las intervenciones individuales y colectivas -expuestos en la evaluación de la política- evidenciaron baja cobertura y muy escasos cambios en los indicadores de salud oral.

Figura 19.  
Limitaciones de la  
Política de Salud  
Oral 2007-2017



Fuente: Mesa de Discusión del Comité de Salud Oral. Municipio de Manizales, 2018.

Con base en la información anterior, el Comité de Salud Oral realizó un proceso dirigido a precisar los lineamientos que a partir de 2018 y hasta 2021 orientarán las acciones de la Secretaría de Salud en lo referente a salud oral. El primer proceso realizado fue la construcción del árbol de problemas (figura 20). Se observa que el problema central identificado fue la alta prevalencia de enfermedades bucales en niños y adolescentes. La raíz de la problemática refiere a:

- Las desigualdades en salud en el municipio de Manizales.
- El limitado alcance de las políticas en salud debido a un acceso restringido a los servicios de salud (centrados en la demanda).
- Actividades de promoción de la salud oral que no son suficientes para lograr los cambios comportamentales para el cuidado de la salud oral requeridos en diferentes grupos poblacionales.

- Limitada cobertura de los servicios de salud colectivos y su continuidad.
- Poco efectiva educación de madres gestantes.
- Escasa motivación para la implementación de los programas de salud oral en las instituciones educativas.



*Figura 20. La salud bucal en niños y adolescentes de Manizales. Bases del problema*

*Fuente: elaboración propia a partir de las discusiones acerca de los resultados de la evaluación de la Política de Salud Oral 2007-2017.*

Frente a este panorama de la salud oral, el Comité de Salud Oral define y aprueba los lineamientos para la salud oral 2018-2021, cuyos fundamentos principales son los resultados de la evaluación y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS).

### *Marcos de referencia de los lineamientos*

En este numeral se presentan aspectos tener en cuenta para reorientar las acciones dirigidas a la protección, el mantenimiento y la

atención a la salud oral en el municipio de Manizales. Se desarrollarán aspectos del marco político, normativo, situacional, conceptual, operativo y programático.

### *Marco político*

Referirse al marco político que sustenta una política, plan o programa para la salud implica que esta es un problema público, es decir, que tiene un reconocimiento público y como tal ha sido consagrado desde la carta Política de las Naciones Unidas y reconocido en múltiples conferencias internacionales. Su marco de referencia fue descrito desde 1946 por la OMS y ha evolucionado, dando lugar a la existencia de normas, instituciones, leyes y políticas, que se han expresado en disposiciones que constituyen parte esencial de los planes y proyectos de desarrollo de todos los estados. Los valores que la sustentan han sido universalidad y equidad en salud.

No obstante, la concepción de salud dio lugar a sistemas de salud con predominio del enfoque curativo, con escaso énfasis en lo social y con una idea de *‘salud negativa’* o de *‘ausencia de enfermedad’*. Más recientemente los determinantes sociales de la salud señalan las diferencias en la salud de la población respecto a condiciones económicas, sociales, geográficas, culturales y de género, que demandan de la atención en salud perspectivas integrales y, en consecuencia, intersectoriales e interinstitucionales.

En esta dirección, el Ministerio de salud de Colombia, en ejercicio de sus facultades legales y en desarrollo de los artículos 4, 5 y 6 de la Ley 1751 de 2015; 6, 12, 14, 61, 62 de la Ley 1438 de 2011; 14, 25 de la Ley 1122 de 2007 y 1º de la Ley 100 de 1993, y en especial en las conferidas en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015; por medio de la Resolución 429 de 2016 en su artículo 1 adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Esta política está dirigida hacia la generación de las mejores condiciones de la salud, garantizando, por medio de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables, la promoción, prevención, el diagnóstico, tratamiento, la rehabilitación y paliación en

condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Este modelo apunta a la superación de los modelos que históricamente han orientado el quehacer en salud, y que han venido evolucionando en la medida que se superan, parcialmente, los paradigmas de la ciencia dominante. Veamos brevemente esta evolución.

- El modelo biomédico, iluminado por los avances en las ciencias naturales y la mirada positivista de las ciencias, y que desde hace décadas se ha venido cuestionando.
- El modelo de la OMS (1948) incluye la dimensión de bienestar (carácter subjetivo). A esta perspectiva, que incorpora aspectos de orden subjetivo, se contraponen la salud-enfermedad. Podrían considerarse como diferentes grados de adaptación y transformación del hombre a su medio social, los modos y estilos de vida.
- Para 1985 se reconoce a la salud como un proceso incesante de carácter histórico-social y, en consecuencia, su vínculo con las condiciones y formas de vivir y morir el hombre.
- A esta perspectiva adhiere también la idea que la salud es multidimensional y que comprende dimensiones física, social, psíquica y cultural (representaciones simbólicas), que se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. La concepción multidimensional de la salud configura un concepto complejo, contextual y paradójico; indisociable de la vida especie humana [28], íntimamente ligado a las formas de reproducción social de la sociedad. Desde esta perspectiva, la salud es una condición de la vida humana que revela las inequidades y brechas existentes entre las sociedades.
- Frente a estas inequidades se postula la salud como un derecho humano. Dice Laurell [29] que, en sociedades marcadas por las inequidades, la salud es una necesidad básica esencial para la vida, y como tal debe ser garantizada por la acción pública.

- En los años 80, con la Carta de Ottawa [30], la salud se considera un concepto positivo, recurso para la vida, derecho del ser humano, complejo en su multideterminación y en su abordaje en el marco de las políticas públicas, dirigidas a responder a una necesidad básica y un derecho humano fundamental.
- En respuesta a esta multideterminación, determinantes sociales como la situación económica y productiva de un país, las condiciones sociales y de empleo, las condiciones institucionales y la organización de las políticas públicas, la situación de la infraestructura básica y los sistemas de salud, configuran el espacio en el que nacen, crecen, viven, envejecen y mueren las personas [31], y las afectan negativamente en su curso de vida.

Las causas de las causas comprenden lo relativo a la pobreza estructural (vivienda y condiciones ambientales); la pobreza por ingresos (trabajo); niveles educativos alcanzados; inequidad en la distribución del ingreso y de los recursos sociales disponibles en una sociedad; la relación entre la oferta de servicios de salud y la demanda de servicios de salud por parte de la población; condiciones de migración; condición étnica; condición de género e identidad de género; condiciones de religiosidad; pertenencia a grupos de minorías sociales o culturales; residencia urbana / rural; exclusión, vulnerabilidad y marginación [31].

El reconocimiento de los determinantes sociales viene desde la Declaración de Alma Ata [32]), cuando se recomendó trabajar con las comunidades a fin de incidir sobre los determinantes sociales de salud considerados fuera del alcance de la atención en salud. También la Carta de Ottawa en 1986 [30] señala la necesidad de que las personas tengan control sobre lo que afecta su salud. La Declaración de Yakarta (1996) señala sobre la promoción de la salud [33 p.5]:

Los requisitos para la salud comprenden la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el nivel de ingresos, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el



uso sostenible de recursos, la justicia social, el respeto de los Derechos Humanos y la equidad (...) Es indispensable que la promoción de la salud evolucione para adaptarse a los cambios de los factores determinantes de la salud. Varios factores transnacionales tienen también un importante efecto en la salud. Entre ellos cabe citar la integración de la economía mundial, los mercados financieros y el comercio, el acceso a los medios de información y a la tecnología de comunicación (...).

De la misma manera, en 2005 la Carta de Bangkok [34] insiste en los determinantes, especialmente en factores críticos como las desigualdades, los cambios de consumo, los cambios ambientales mundiales, etc., enfatizando en el desafío que estos factores representan para la salud. Para revertir la situación actual de los determinantes sociales se proponen herramientas para determinar su situación en los países. en el cuadro 15 se mencionan algunas de ellas.

<i>Desarrollo infantil temprano, desarrollo integral infantil.</i>	<p>¿Cuáles son las evidencias que muestran las oportunidades para proveer a los niños/niñas y adolescentes mejores condiciones para su salud y desarrollo?</p> <p>¿Cuáles son las oportunidades cruciales para la formación permanente en relación con el estado de salud y desarrollo?</p>
<i>Sistemas de salud</i>	<p>¿Cómo se pueden desarrollar y pensar abordajes innovadores para la implementación de acciones desde los servicios de salud que incorporen la mirada y actúen sobre los determinantes de la salud?</p>
<i>Prioridad en salud pública</i>	<p>Se examinarán los factores en el diseño e implementación de programas que aumenten el acceso a la atención en salud para grupos social y económicamente desfavorecidos.</p>

*Cuadro 15.  
Determinantes  
sociales de la salud*

<p><i>La exclusión de las redes sociales y de conocimiento</i></p>	<p>Se examinarán los procesos relacionales que conducen a la exclusión de determinados grupos de personas de la participación plena en la comunidad y la vida social.</p>
<p><i>Equidad de género</i></p>	<p>¿Cómo centrar la atención en los mecanismos, procesos y acciones que pueden tomarse para desigualdades de género mediante el examen de las diferentes áreas?</p>
<p><i>Desarrollo de metodologías de medición y prueba</i></p>	<p>Liderar el desarrollo de metodologías y herramientas para la medición de las causas, las vías, los resultados de las intervenciones de política.</p>

Fuente: Flasco [35].

En la revisión anterior se evidencia como todos los asuntos relativos a la salud en el modelo integral de salud demandan identificación, en lo posible, de todos los determinantes sociales, planear su control y eliminación, y analizar cómo las intervenciones son capaces de disminuirlos.

En el caso de la salud oral, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 la incluye en la dimensión: *vida saludable y condiciones no transmisibles*, definida como:

Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles, con enfoque diferencial [7].

El mismo Plan Decenal [7] destaca los siguientes objetivos:

- Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.
- Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ENT, incluidas las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [12], el enfoque diferencial es un método de análisis y guía para la acción. Como método de análisis identifica las formas de discriminación de los grupos y comunidades en el acceso a condiciones de vida digna, y como guía para la acción implica la organización de la atención y protección de sus derechos.

El marco político que se ha expuesto está sustentado por el siguiente marco normativo.

### *Marco normativo*

A continuación, se refieren las principales normas que amparan el derecho a la salud oral de la población colombiana (cuadro 16) .

Cuadro 16.  
Normas sobre la  
salud en Colombia

<p><i>Constitución Política de Colombia de 1991</i></p>	<p>Colombia “es un estado social de derecho, república unitaria, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista ... prevalencia del interés general”. Los artículos 48, 49 y 50 del título II refieren a los derechos, garantías y deberes en salud.</p>
<p><i>Leyes 10 de 1990, 100 de 1993, 1122 de 2007, 715 de 2001.</i></p>	<p>Declara los fundamentos que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), que determinan su dirección, organización y funcionamiento. Son regidos por principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.</p>
<p><i>Decreto 3616 de octubre 10 de 2005</i></p>	<p>Unifica al auxiliar de consultorio dental y al auxiliar de higiene oral en un solo perfil, denominado Auxiliar de Salud Oral, el cual con un año de capacitación cumple con las funciones administrativas y clínicas que tenían los dos auxiliares anteriores.</p>
<p><i>Decreto 3039 de 2007</i></p>	<p>Adopta Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Propone las metas nacionales y las estrategias para mejorar la salud oral en cuanto a promoción de salud, prevención de riesgos, recuperación de la salud y vigilancia en salud.</p>
<p><i>Resolución 1995 de 1999</i></p>	<p>Establece el manejo de la historia clínica como instrumento de registro de la salud del paciente, intervenciones médicas y demás realizadas en pro de la salud.</p>
<p><i>Resolución 412 de febrero 25 de 2000</i></p>	<p>Para la atención preventiva en salud bucal se incluyen: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes de foseas y fisuras y el detartraje supragingival.</p>

<i>Acuerdo 08 del 29 de diciembre de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).</i>	Se aclaran y actualizan los Planes Obligatorios de Salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado. Este acuerdo excluye del POS los tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, prótesis y blanqueamiento dental.
<i>Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1043 de 2006</i>	Dictan condiciones de habilitación de los servicios de salud.
<i>Decreto 3518 de 2006</i>	Determina los conceptos y aspectos operativos básicos del Sistema Nacional y sirve de referente para los Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) y los reglamenta.
<i>Ley 38 de enero de 1993</i>	Dispone que a partir del 1° de enero de 1993, todos los consultorios odontológicos, tanto públicos como privados, están obligados a levantar una carta dental y mantener su respectivo archivo. Se trata de la carta dental para fines de identificación.
<i>Decreto 190 de 1995 del Ministerio de Salud</i>	Se refiere a los convenios docente asistenciales para la prestación de servicios de salud con las entidades educativas de carácter formal y no formal y las IPS.
<i>Ley 1122 de 2007</i>	Realiza modificaciones al SGSS. Define que cada cuatrienio el Gobierno nacional debe definir el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) e incluirlo en el Plan Nacional de Desarrollo. Crea el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que sustituyó al Plan de Atención Básica (PAB); establece la obligatoriedad de la rendición de información y la elaboración del registro individual de prestación de servicios (RIPS) para todas las entidades y organizaciones del sector.

<i>Sentencia T.760 de 2008 de la Corte Constitucional</i>	Ordena revisar y unificar los POS de los regímenes contributivo y subsidiado.
<i>Sentencia T-160 de 2010 de la Corte Constitucional</i>	Define condiciones para la garantía del derecho a la vida, la seguridad social y la atención integral a los menores de edad.
<i>Sentencia T-548 de 2011</i>	Considera el derecho a la salud como un concepto integral que incluye aspectos psíquicos, emocionales y sociales, además de la dimensión física.
<i>Ley 1438 de 2011</i>	Reforma el SGSS y propone su fortalecimiento a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.
<i>Resolución 4505 de 2012</i>	Establece el reporte de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública.
<i>Resolución 5521 de 2013</i>	Declara y actualiza los componentes del POS de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSS.
<i>Resolución 1531 de 2014</i>	Establece el mecanismo para la transferencia de la información de los RIPS a la plataforma de integración de datos del Sistema de Información de la Protección Social (Sispro).
<i>Resolución 1841 de 2013</i>	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública. Incluye la salud bucal como un contenido en las condiciones crónicas no transmisibles.

<p><i>Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud).</i></p>	<p>Reconoce el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud y se establecen mecanismos para su garantía, regulación y protección.</p>
<p><i>Resolución 429 de 2016</i></p>	<p>Modelo integral de atención en Salud (MIAS). Comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSS, en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades, con miras a garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, teniendo en cuenta las prioridades y metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud.</p>
<p><i>Resolución 3202 de 2016</i></p>	<p>Elaboración e implementación de Rutas Integrales de Atención (RIAS). Su objetivo es garantizar la atención en salud para alcanzar resultados en salud y disminución de la carga de enfermedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud.</li> <li>2. RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.</li> <li>3. RIAS para población materno — perinatal.</li> <li>4. RIAS para eventos específicos.</li> </ol>

*Fuente: elaboración propia a partir de revisión de normativa en salud.*

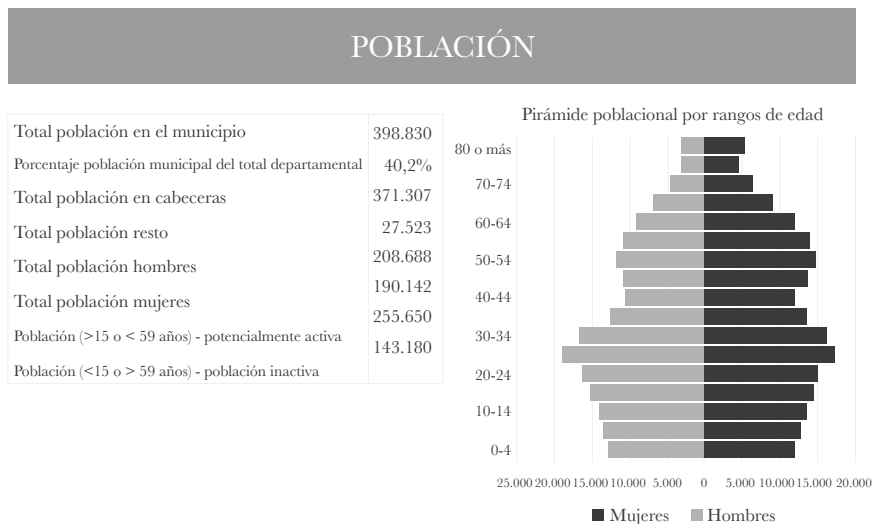
## Marco situacional

### Demografía

Según el Departamento Nacional de Planeación [37], con base en las proyecciones del DANE, la población total del municipio de Manizales es 398.830 habitantes, distribuida entre 206.688 hombres y 190.142 mujeres. De estos, la población con edad entre 0 y 19 años es de 55.397; entre los cuales 12.693 tienen entre 0 y 4 años y 13.440 entre 5 y 9 años. La mayoría de la población se encuentra a la cabecera del municipio (figura 21).

En cuanto a la afiliación a la seguridad social, 301.936 personas pertenecen al régimen contributivo y 72.773 al subsidiado, según la Secretaría de Salud en 2017 [38].

**Figura 21.**  
Población del municipio de Manizales



*Fuente: Departamento Nacional de Planeación [37].*



## **Situación de salud oral**

Si bien en este numeral se presentarán específicamente algunos de los indicadores en salud oral que deben ser objeto de atención en el municipio, es pertinente no ignorar que a pesar de los avances científicos, la falta de acceso a la atención sanitaria es un lugar común en América Latina y el Caribe. La especialización ha conducido a que en una economía de mercado la enfermedad y su rehabilitación sean los soportes de la práctica asistencial, dejando de lado la atención básica que merecen las poblaciones de los estratos económicos menos favorecidos, en quienes las enfermedades bucales (caries dental, enfermedad periodontal, cáncer) continúan siendo un problema de salud pública, tanto por su magnitud como por el impacto que generan en la calidad de vida de las personas y las comunidades. Así se ha señalado en el Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (Placeo) [39].

Siguiendo con la presentación de la situación de salud oral en la población de Manizales y retomando lo relacionado con la prevalencia de caries, se ratificó que la experiencia de caries se incrementa desde los 5 años hasta los 65 años, disminuyendo en las edades restantes, principalmente por pérdida de los dientes. La comparación de los dientes presentes en boca entre 2011 y 2015 muestra que estos disminuyen desde los 25 años. Es importante tener en cuenta la necesidad de valorar la relación de dicha pérdida con la enfermedad periodontal. La salud oral enfocada únicamente hacia el control de la caries dental limita la calidad de la atención integral en salud oral. Eso sin mencionar las posibles lesiones de tejidos blandos.

El comportamiento del índice de COP-D modificado y sus componentes a las edades centinela revela el incremento del índice COP modificado en todas las edades, lo cual es un signo de alarma para la vigilancia de la caries dental. Si bien hay que hacer la anotación de que el incremento se debe al reporte de la caries no cavitacional, también es pertinente señalar que este debe ser uno de los principales objetivos para el control de caries, y también la disminución de tal índice.

## **Desigualdades en el municipio de Manizales**

Si bien no existen estudios que determinen las desigualdades sociales en salud en Manizales, es pertinente analizar la distribución de las comunas y barrios de esta ciudad por estrato socioeconómico predominante (cuadro 17). Los estratos 1, 2 y 3 son los más frecuentes en los barrios de Manizales, y en estos se concentra la población pobre y vulnerable del municipio. Este es un aspecto que indica de alguna manera las necesidades que en materia de salud y específicamente en salud oral pueden tener.

El análisis hecho por Juan Camilo Arroyave en Razón Pública [40] señala que, aunque se reporta a Manizales como la cuarta ciudad con menor proporción de habitantes en condición de pobreza según el DANE en 2016, la autopercepción de pobreza pasó de 7 a 15% entre 2015 y 2016 según la Encuesta de Percepción Ciudadana del año 2016 (Manizales cómo vamos) [41].

Además, según el índice de Gini, que en Colombia es de 0,50, en Manizales pasó de 0,46 en 2015 a 0,48 en 2016 [42], lo cual revela el incremento en las diferencias entre estratos sociales.

Área	Comuna/ Corregimiento	Número de barrios	Estrato predominante
Urbana	San José	17	1 y 2
	Cumanday	11	3
	Ciudadela del Norte	30	1, 2 y 3
	Universitaria	23	2
	Macarena	26	1, 2 y 3
	Atardeceres	37	4
	La Fuente	29	1 a 3
	Tesorito	22	1-3 (50%) 4-6 (50%)
	Estación	19	3 y 4
	Ecoturístico	22	4
	Palogrande	29	5 y 6
Rural	Corregimiento y	11/63	No se aplicó criterio de estrato.

*Cuadro 17. Distribución de los estratos predominantes en las comunas, barrios y veredas del municipio de Manizales*

*Fuente: Alcaldía de Manizales [43].*

Además, un análisis de las tipologías municipales y departamentales realizada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en 2015 [44] ubica a Caldas entre los departamentos con desarrollo intermedio junto con Amazonas, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Guainía, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Tolima y Vaupés. Los criterios de la tipología D es la que responde a la clasificación de desarrollo intermedio por departamentos.

Cabe destacar en la tipología D la proporción rural de la población, el bajo porcentaje de municipios en aglomeración, la falta de inversión en ciencia y tecnología, el índice de desempeño fiscal menor, al igual que el cumplimiento de registros legales y un alto índice de pobreza multidimensional - IPM (cuadro 18). Estas condiciones aplican al departamento de Caldas.

A esta clasificación se llegó mediante el análisis en el comportamiento de 18 variables, que se visualizan en el cuadro 18.

*Cuadro 18.  
Variables incluidas  
en la tipología de  
los departamentos  
colombianos*

<i>Componente temático</i>	<i>Tipología municipal</i>
Urbano regional	Población municipal Porcentaje de población rural Promedio de crecimiento poblacional Densidad poblacional Pertinencia a sistemas de ciudades
Condiciones de vida	IPM municipal
Económico	Valor agregado municipal Ingresos municipales Penetración de internet Disparidades económicas
Ambiental	Área de bosques municipal Inversión per cápita del sector ambiental
Institucional	Desempeño fiscal municipal Requisitos legales municipales
Seguridad	Homicidios por 100 mil habitantes Secuestros por 100 mil habitantes Hurto por 100 mil habitantes Área de cultivo de coca
Total variables	18

*Fuente: Cornejo, Supelano y Osejo [44].*

Las tipologías departamentales permiten la focalización y diferenciación de las políticas públicas nacionales, de manera que respondan a las características diferenciales de los territorios y permitan emprender acciones en desarrollos regionales, desde la consideración de los entornos de desarrollo con perspectivas más integrales. Según Querol [45], la condición de integral invita a comprender el entorno del desarrollo como elemento estructurante e integrador tanto en la prevención como en la solución de los problemas regionales.

En esta tipología los resultados por municipios muestran a Manizales con un perfil de desarrollo robusto, contrario al departamento, es decir, de los 26 municipios restantes de Caldas. No obstante, partiendo de las variables que inciden en la pobreza (ocupación, edad del jefe, sexo del jefe, tamaño del hogar, pobreza por estrato, probabilidad de ser pobre, experiencia y educación); por medio de un modelo econométrico probit, Cardona [46] determinó que las variables ser mujer, acreditar un número bajo en años de educación y la informalidad incrementan la probabilidad de ser pobre en Manizales. Esto también implica la consideración de tales variables cuando se está frente a problemas que, como la salud oral, demandan una atención especial.

A este respecto, si bien *Manizales cómo vamos* [41] reporta reducción de la pobreza en 2016, señala el incremento de la problemática de la salud, incluida la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. La salud oral está dentro de este grupo de enfermedades y, aunque no es causa de mortalidad directa, sí lo es de la morbilidad, en tanto afecta de manera importante desde los menores de cinco años y a lo largo del curso de vida.

## *Marco estratégico*

El marco estratégico está constituido por la misión, visión, principios y estrategias. En la misión se debe reflejar la idea de actividad de servicio público orientado a la búsqueda del interés general. La

visión es una prospectiva que orienta los procesos de planificación en el corto, mediano y largo plazo, y los valores son el horizonte ético de la política, plan o programa a implementar. Las estrategias no son otra cosa que las acciones sistemáticamente organizadas para alcanzar una meta, o finalidad.

### *Misión*

En el marco de la Política de Atención Integral en Salud, la Política de Salud Oral de la Secretaria de Salud de Manizales tiene como misión la territorialización de las políticas públicas. En este contexto, su objeto es la conservación y mantenimiento de la salud oral de la población urbana y rural del municipio de Manizales, con base en las necesidades identificadas y los determinantes sociales que la afectan. Su mandato de acción se fundamenta en el marco político y normativo de la política y la alineación de los procesos de planificación de la acción territorial, convocando a los diferentes actores sociales a cumplir su compromiso con la sociedad y llevar a cabo la política pública como resultado de una interacción entre el Gobierno y los actores políticos y sociales, como señala Hufty [47].

### *Visión*

En el año 2021 la implementación de la Política de Salud Oral del municipio de Manizales será reconocida en el departamento como gestora y ejecutora de estrategias exitosas que habrán incrementado en un 20% la población sin caries dental (COP=0), reducido en un 20% la experiencia de caries en niños entre 5 y 14 años y la pérdida de los dientes, y disminuido en un 20% el índice de higiene oral basal de las poblaciones o grupos sociales priorizados. La visión es el horizonte que promueve el establecimiento de objetivos, el diseño de estrategias, la toma de decisiones y la ejecución de las tareas.

## Principios

- *Respeto por el derecho a la salud.* El derecho a la salud, consagrado en la Constitución y en las políticas, es el principio básico a tener en cuenta en la implementación de las estrategias que se definan para alcanzar la visión de la salud oral en el municipio de Manizales. Y definimos aquí como valor el respeto a este derecho, lo cual implica su materialización en la planificación de la salud oral en el municipio. El respeto al derecho a la salud oral es un vínculo ligado intrínsecamente a la equidad.
- *Equidad.* En el municipio de Manizales se observan desigualdades sociales, patentes no solo en la posición socioeconómica de una gran parte de la población sino también en la insuficiencia de políticas y programas en salud para responder por la salud oral de la población más vulnerable: niños y adolescentes. La equidad como valor implica la priorización de los entornos en los que transcurre la vida y el desarrollo de la población priorizada.
- *Participación social.* La participación social como parte del proceso de la creación de condiciones que promuevan el alcance de las metas en salud oral es una necesidad; por ello, involucrar a los grupos poblacionales priorizados en la gestión, vigilancia y monitoreo de la acción pública para los resultados en salud oral, hace parte de los derechos a los que tiene acceso la población.
- *Calidad de los bienes y servicios puestos a disposición de la población.* La calidad es una condición intrínsecamente ligada a los programas, proyectos y demás iniciativas que se formulen para alcanzar la visión de la política. Su expresión refiere a la calidad de los servicios ofertados en términos de su diseño, implementación y evaluación, y a la destinación de los recursos humanos, físicos, materiales y financieros adecuados para ese fin.

## *Propósito*

La Política de Salud Oral tendrá como propósito contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los conglomerados sociales priorizados para el período 2018-2021, mediante la gestión del Modelo Integral de Salud (Resolución 429 de 2016), *orientado a resultados en Salud Oral*. Se pretende que la gestión para resultados del desarrollo sea el marco programático a través del cual la secretaría accede a la operacionalización de la misión y visión propuestas.

## *Marco de referencia del modelo de atención en salud*

Con base en el Modelo Integral de Salud, el municipio de Manizales define como marcos de referencia la gestión integral del riesgo, la promoción de la salud y la gestión de la Salud Pública.

## *Gestión integral del riesgo*

Dice Rivadeneira [48] en el marco conceptual sobre el riesgo en Colombia:

La gestión del riesgo en salud es una responsabilidad asignada explícitamente en la normatividad vigente, a nivel macro al Sistema de Protección Social, al Sistema General de Seguridad Social Integral y al Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, a nivel meso al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Invima, EPS e IPS y a nivel micro al talento humano en salud y al autocuidado de los ciudadanos.



Las normas que lo consagran son: Constitución Política de 1991; decretos 1295 y 1485 de 1994; Decreto 723 de 1997; Ley 46, Acuerdo 117 y Decreto 093 de 1998; resoluciones 412 y 3384 de 2000; Decreto 1537 de 2001; Informe Mundial OMS y Ley 789 de 2002; Decreto 4110 y Norma Técnica Colombia (NTC) 5254 de 2004; Decreto 1599 de 2005; Ley 1122, Decretos 574, 1698 y 3039 de 2007; Resolución 1740 de 2008; NTC 31000 y Guía Técnica Colombiana (GTC) 137 de 2011; Resolución 1861 de 2013.

La gestión del riesgo como estrategia implica considerar varios elementos: definición del riesgo, elementos que lo constituyen y planeación de las acciones individuales y colectivas.

El Ministerio de Salud [49 p.6] define el riesgo en salud como el “conocimiento de sus principales determinantes y de los mecanismos a través de los cuales se genera; es básico y fundamental para su identificación y el desarrollo de estrategias para su prevención, mitigación y superación”. Para Rivadencira [48], el riesgo incluye tres elementos:

- El evento cuya ocurrencia se quiere modificar.
- Las múltiples causas asociadas con la ocurrencia del evento, que pueden ser externas a las personas e internas, y pueden ser modificables. En el marco del MIAS, las causales no refieren únicamente a los conocidos factores de riesgo. Más allá de estos se encuentran los determinantes sociales de la salud. Los factores causales refieren a: 1) los factores de riesgo que anteceden a la presentación del evento y que pueden ser ambientales y comportamentales; 2) los marcadores de riesgo que se refieren a las características de las personas que se asocian a una mayor presentación del evento; 3) los factores de detección, que son los signos que permiten detectar el evento pero no son ni factores causales ni el evento mismo; 4) el factor promotor, que acelera la implantación del evento cuando está instaurado; 5) el factor pronóstico de la evolución de un determinado desenlace; 6) el factor derivado

de la atención médica, que se orienta a modificar la historia natural de la enfermedad; dicha modificación da lugar a una complicación o desenlace no deseado en la atención a la salud, constituyéndose como riesgo técnico.

- Los efectos generados cuando el evento ocurre incluyen: deterioro del bienestar; costos para el SGSS, el paciente y su familia; eventos adversos; afectación de la imagen pública; y posibles sanciones legales.

Derivado de lo anterior, la gestión del riesgo se realiza por medio de acciones dirigidas a identificar la vulnerabilidad de las poblaciones, analizar las posibles consecuencias de la amenaza sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y definir los mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y para afrontar el evento crítico si llegara a ocurrir. Su efectividad implica desarrollar, con base en los momentos anteriores, combinación de acciones formales e informales, anticipatorias y mitigadoras apropiadas.

En consecuencia, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) es una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública mediante la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde se vive, estudia, trabaja o recrea; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones; y el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas [7].

### *Promoción de la salud*

El término *promoción* proviene del latín y está conformado por el prefijo *pro*, equivalente a *hacia adelante*; el verbo *movere*, sinónimo de *mover*, y el sufijo *ción*, que indica acción y efecto. La promoción de la salud implicaría

no solo la movilización en pro de su construcción y mantenimiento, sino también los efectos logrados por esta movilización, aspectos importantes a la hora de planificar acciones en promoción de la salud.

Según Restrepo [50], la promoción de la salud es una corriente de la salud pública que se origina hacia fines de los años 80. Sus aportes más relevantes son proponer la salud como un recurso para la vida, como un bien a construir y un derecho inalienable del ser humano. Desde esas premisas, los procesos salud-enfermedad están sujetos a la multideterminación por factores educativos, culturales, sociales, ecológicos, ambientales, individuales, cuya comprensión requiere de perspectivas multidisciplinarias e intersectoriales para lograr que las personas tengan un mejor y más amplio control de lo que los afecta.

En el proceso salud-enfermedad están implicados los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad. De allí que en su operacionalización se generen intereses de diversa naturaleza, como aquellos que son netamente instrumentales como los servicios de salud, hasta aquellos que pretenden la movilización social desde perspectivas críticas que hagan de la salud un objeto-sujeto de desarrollo permanente.

En el documento sobre antecedentes históricos de la promoción de la salud, Restrepo [50] señala como precursores de esta corriente a Henry Singerist y Thomas McKeown.

- Henry Singerist señaló cuatro funciones básicas para la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Su énfasis en la promoción de la salud lo refiere a la educación sanitaria proponiendo: 1) Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud. 2) Mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente. 3) Mejores medios de recreación y descanso. 4) Un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo, responsable por la salud de la población, listo y capaz de aconsejar y ayudar a mantener la salud y a

su restauración, cuando la prevención ha fallado 5) Centros médicos de investigación y capacitación

- Thomas McKeown además documentó cómo la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840 se debió en mucha mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses, y no a las intervenciones de tipo médico. Para este autor, la promoción centra sus intervenciones en los determinantes de la salud.
- Tanto Singerist como McKeown señalaron la importancia de las instituciones educativas y la importancia del desarrollo económico, la mejor nutrición y los cambios en el nivel de vida. Estuvieron por encima de las creencias acerca de los progresos de la salud en los últimos tiempos.

En América Latina los aportes más reconocidos provienen de la medicina y epidemiología social de los años 60 y 70, principalmente de Ecuador, México y Brasil [51]. Para Restrepo [50]:

La promoción de la salud es un concepto holístico positivo que integra todas las características del bienestar humano, y que además concilia dos componentes fundamentales: la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá), organizada en 1986 por la OMS, la Asociación Canadiense

de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, aprobó la Carta de Ottawa [30], que se considera el documento más importante para el marco de referencia de la promoción en salud, ya que abrió el espacio para pasar de la retórica a la acción. La promoción de la salud que se propone se orienta a la reactivación de los procesos de acción intersectorial y a las intervenciones en el terreno político para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.

La orientación de la promoción de la salud incluye “cinco grandes áreas estratégicas, a saber: 1) construir políticas públicas saludables. 2) Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales). 3) Fortalecer la acción comunitaria. 4) Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida). 5) Reorientar los servicios de salud” [30].

En el mismo sentido de la conferencia de Ottawa hay otros pronunciamientos como:

- La Conferencia de Adelaida-Australia (1988) con el tema: *Políticas Públicas Saludables*.
- Grupo de Trabajo de la OMS (1989) con el tema: *Promoción de la Salud en países en desarrollo*, un llamado para la acción, en el que se recomendaron estrategias de acción social como abogar por causas de salud pública, el fortalecimiento del soporte social a las comunidades pobres, y empoderamiento de los grupos más relegados y marginados.
- La Conferencia de Sundsml-Suecia (1991) con el tema: *Ambientes favorables para la salud*, destacando la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.
- La Conferencia y Declaración de Bogotá, Colombia (1992), con la participación de todos los países de América Latina con el tema: *Promoción de la salud y equidad*, enfatizando la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región.

- La Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago (1993), con el tema: *Promoción de la salud del Caribe de habla inglesa*.
- La Conferencia y Declaración de Yakarta (1997). Es considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la promoción en salud, después de Ottawa. Promueve la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo.
- La V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México 2000 con el tema: *Hacia una mayor equidad*.

En Colombia, a partir de la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990, se ha entendido la promoción de la salud como:

La integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física y síquica de los individuos y las colectividades [52].

Es aquí donde la participación posibilita la intersección entre las necesidades y los intereses individuales y colectivos. Se trata de una perspectiva de cogestión que habilita a la comunidad para desarrollar destrezas y capacidades para tomar decisiones, que van desde la identificación de problemas y necesidades, la articulación de las expectativas, la formulación y negociación de propuestas de solución, el seguimiento y evaluación de las acciones acordadas; hasta el cumplimiento de los compromisos contraídos.

La participación se articula con las acciones de comunicación y educación desde una óptica concreta: la movilización social, la cual implica favorecer la participación de los colectivos en las decisiones políticas que afectan su propio proceso de salud. Requiere esto una articulación de esfuerzos hacia la redistribución del poder y el afianzamiento de la autogestión colectiva. Dice Restrepo [50]: “Esta dinámica exige el desarrollo sistemático de actividades que permitan a los

ciudadanos, grupos e instituciones, tener los conocimientos, la capacidad, la información y el poder suficiente que facilita dicho proceso”.

En el momento de crisis actual de la salud en Colombia, predicar la promoción de la salud va más allá de generar programas educativos dirigidos al autocuidado sin tener en cuenta los determinantes sociales y las condiciones específicas de los contextos donde se desenvuelve la vida de las personas. La promoción de la salud se renueva en el referente de la gestión integral del riesgo.

### *Gestión de la salud pública*

Señala Jorge Huergo [53] que la palabra *gestión* se ha hecho hegemónica, de la mano de concepciones empresariales o administrativas de los procesos sociales, institucionales u organizacionales. De allí la importancia de rastrear su significado para su aplicación a la salud pública. Continúa Huergo que la palabra proviene de *gestus*, vocablo latino que significa actitud, gesto, movimiento del cuerpo.

En principio, este significado remite a lo que el sociólogo Pierre Bourdieu ha designado la *hexis*, esto es, el modo en que un *hábitus* (una serie de esquemas, dispositivos e interpelaciones culturales internalizadas por los sujetos) que aparentemente no tienen relación con lo que entenderíamos en el contexto de las organizaciones. Pero *gestus* es derivada de otra palabra latina, *gerere*, que posee varios significados: llevar adelante o llevar a cabo, cargar una cosa, librar una guerra o trabar combate, conducir una acción o un grupo, ejecutar, en el sentido de un artista que hace algo sobre un escenario [50]. Desde el análisis de estas dos perspectivas Huergo [53] señala:

La gestión es un juego de consensos, disensos y transformaciones que implican a toda la institución y a todos sus integrantes. La gestión implica un modo de comprender y de hacer desde una cuádruple perspectiva articulada: la político-cultural, la sanitario-social, la económica y la organizacional comunicacional.

En este marco, la gestión es la manera de llevar adelante la articulación entre las perspectivas, por medio de los modos organizacionales que sirvan a la gestión y que sean coherentes con los fines y objetivos de la institución/organización. Estas perspectivas implican necesariamente todos aquellos procesos cuyo propósito sea sacar adelante, llevar adelante, obtener un efecto en los diversos escenarios de actuación de los actores gubernamentales y no gubernamentales.

En Colombia la gestión de la salud pública se refiere a la responsabilidad estatal y ciudadana de proteger de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado a través de dos líneas operativas: la Promoción de la Salud y la Gestión del Riesgo [54].

## *Enfoques*

### *Determinantes*

En el marco de los determinantes sociales (de las inequidades en salud) y el marco de referencia propuesto responder por la salud oral va más allá de la identificación de riesgos, según Solar & Irvin [citados por Whitehead, Dahlgren & Gilson [55]] lo que se busca es establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los recursos, en este caso de las condiciones de vida. Ese es el reto actual en todas las sociedades donde predominan las inequidades.

Hay que tener en cuenta, como señalan Whitehead, Dahlgren & Gilson [55], que existe un amplio rango de determinantes de la salud, que van desde los factores biológicos, individuales y comunitarios (determinantes proximales) hasta los relacionados con el acceso a los servicios de salud, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales (determinantes distales).



## *Atención Primaria en Salud (APS), salud familiar y comunitaria*

Según Apraez, citado por Molina [56], la APS tiene sus raíces en la “medicina social” con el movimiento liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerin, entre otros, en 1848, al que le anteceden experiencias del siglo XVIII, cuando estas experiencias se continúan. Con los aportes de John Cassel y Mervin Susser se desarrolló la APS de base comunitaria, trabajos pioneros de la epidemiología social. Para la epidemiología social el medio social y físico es causa de casi todas las enfermedades, a lo que contribuyen las relaciones impuestas por el auge del capitalismo, representado en una distribución desigual del poder en su expresión amplia, sobre la propiedad, la riqueza material, la construcción de identidad y el alcance del bien común, generando desigualdades en múltiples dimensiones del desarrollo del hombre, que, por su amplitud, se han dado en denominar *desigualdades sociales*.

Jaime Breilh [57] también afirma que uno de los principales problemas en materia de salud está íntimamente relacionado con el carácter inequitativo de las sociedades; la inequidad es una característica inherente a la sociedad que impide el bien común y genera la injusticia, produciendo desigualdades que afectan a millones en el mundo.

Y esas desigualdades se expresan en las diferencias en la distribución de la situación de salud y la inadecuada atención sanitaria, razón por la que en 1978 la OMS señala que estas desigualdades revelan políticas sociales y económicas no aceptables, y que se requiere una atención urgente por todos los países del mundo. En Alma Ata [32] se reconoce la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. Se reconoce la salud como un derecho humano fundamental y que no es solamente un problema de la salud sino de todos los sectores de la sociedad.

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria [32, p.1].

Aspectos centrales de la declaración fueron el reconocimiento de:

- La salud como reflejo y consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades. Se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública.
- La APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.
- La APS comprende, cuando menos, actividades educativas, preventivas, y las dirigidas a la satisfacción de las necesidades básicas.
- La APS entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura,

la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.

- La APS exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles [32].

La APS fue introducida en Colombia por la OMS y la OPS tras la declaración de Alma-Ata. Su implementación se realizó por medio de planes de salud oficiales, de amplia cobertura y orientados a la solución en el corto plazo de los problemas de salud priorizados. Ha sido objeto de atención parcial en el Sistema Nacional de Salud con las Unidades Primarias de Salud; en el Sistema Nacional de Salud descentralizado, con énfasis en el enfoque familiar, y con la puesta en marcha de los Sistemas Locales de Salud (Silos), una de las aproximaciones más cercanas a una APS integral. Con la Ley 100 de 1993, en el marco del SGSS, los Silos fueron sustituidos por los Planes Básicos de Atención en salud (PAB) y el Plan Obligatorio de Salud (POS), reduciendo de manera significativa las posibilidades que se habían logrado con los Silos. Otros intentos de incluir la estrategia de APS se observan en:

- La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.
- La Ley 1122 de 2007 (definición de salud pública).
- El Decreto 3039 de 2007, que regula el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública.
- La ley 1438 de 2011.

Cómo puede verse, la APS ha sido un propósito constante en el que, a pesar de los compromisos de los países y las iniciativas nacionales, no se han logrado las metas propuestas y se han profundizado las inequidades

en salud en todas las regiones del país. Por eso vuelve a ser definida en Colombia como estrategia básica en el Modelo de Atención Integral (MIAS) de la Política de Atención Integral de Salud, de obligatoria adopción en los niveles territoriales. De ahí que la implementación de la APS involucre la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos, con un enfoque de salud familiar y comunitaria, como ha sido preconizado desde hace algún tiempo por la Organización Mundial de la Salud.

Las acciones en el modelo de salud responden a la situación particular de las familias y comunidades según curso de vida en los entornos donde la población vive y se recrea. Aquí es clave la adscripción poblacional y territorial a equipos integrales y transdisciplinarios del personal de salud, que se responsabilizan de las acciones de salud del nivel primario evaluadas por indicadores de productos, procesos y resultados.

### *Diferencial de territorios y las poblaciones*

El enfoque territorial supone un encuentro con la historia, con los signos distintivos de cada localidad, valores, necesidades y perspectivas del conglomerado social que cohabita en un mismo espacio [58]. Se postula que el enfoque territorial se presenta como una noción que podría explicar el papel de los entornos en que están insertas las comunidades y del espacio social como factor de desarrollo y gestor de cambio. Se supera en este enfoque el sesgo anterior de lo territorial en lo físico y espacial, articulando allí el contexto vital en el que transcurre la vida de las personas; contexto en el que se conjugan de manera diversa los determinantes sociales.

En el Modelos de Atención Integral en Salud el territorio es la unidad básica a partir de la cual se integra el sistema de salud y su capacidad de respuesta. Las poblaciones en los territorios comparten unos riesgos

de salud que deben ser objeto de gestión de la salud pública y gestión del riesgo a cargo de la autoridad sanitaria territorial y del asegurador. Estas intervenciones se dan en diferentes entornos: hogar (que no es igual a familia), educativo, comunitario, laboral y el institucional, incluyendo funciones públicas de protección de poblaciones, los servicios sociales y los cuidadores que ejecutan esta protección.

En cuanto a la diferenciación territorial, la aplicación del Modelo Integral de Atención debe adaptarse a las condiciones de la población y del territorio y su contexto. Se trata de organizar la atención con base en las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales. Estos inciden en las condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos y ambientales, entre otros. Estas condiciones se asocian a la construcción/adaptación de modelos de servicios que superen las limitaciones del sistema de salud, y logren los cambios que se buscan por medio del modelo integral frente al conjunto de eventos de salud que se pretende controlar, disminuir o erradicar.

### *Gestión de la salud pública por medio de la investigación, la innovación y la gestión del conocimiento*

La investigación, con sus múltiples enfoques, diseños y métodos, provee de herramientas para la construcción, el uso y la gestión del conocimiento en todos los campos de la vida humana. En salud articula intereses que van desde la generación de conocimiento objetivo, innovación y desarrollos tecnológicos, hasta el reconocimiento de los saberes, experiencias y sentimientos de los diferentes actores involucrados con la salud; de la manera como la sociedad construye alternativas para dar respuesta a las problemáticas sociales, y de la gestión de procesos sociales generadores de perspectivas para el mejoramiento de la calidad de vida y condiciones de salud de los colectivos y de la población. Son objeto de permanente interés:

- La investigación acerca de la eficacia, eficiencia y valor público de las políticas, planes y programas en salud.
- Los estudios de las colectividades humanas y la respuesta a sus expectativas y necesidades.
- Los mecanismos de territorialización de la política pública.
- Formas de intervención en salud que contribuyen a la calidad de vida de los beneficiarios.

## *Componentes operacionales del Modelo Integral de Atención en Salud*

Para su implementación, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) incluye diez componentes operacionales [59], de los cuales para la Política de Salud Oral del municipio de Manizales se especifican seis que aportan a la solución de la problemática de la salud oral a abordar:

1. Caracterización poblacional. Se realizará con base en las fichas familiares obtenidas por la ESE Assbasalud del municipio en los estratos 1, 2 y 3. Además se construirá una línea de base de la población priorizada para las intervenciones individuales y colectivas.
2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Estas se dirigirán a las necesidades en salud bucal de la población de 0 a 14 años. Tales rutas son:
  - Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud oral en el curso de vida. Esta ruta de atención incluye la higiene oral como determinante social del cuidado de la salud.
  - Ruta integral de salud para grupos de riesgo identificados en la caracterización poblacional y líneas de base.

- Ruta de atención en salud para eventos específicos: caries, fluorosis, gingivitis y enfermedad periodontal.
3. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). Para ello se identificarán los eventos susceptibles de la gestión, con base en la caracterización poblacional. Implica la identificación de los determinantes sociales y la gestión de su vigilancia y control.
  4. Requerimientos y procesos del sistema de información. Se propone complementar la ficha familiar existente con los determinantes y líneas de base para propiciar el seguimiento a los cambios en la calidad de la salud bucal.
  5. Fortalecimiento del Talento Humano en Salud (THS). Requiere la acción concertada de las entidades responsables de la educación en todos los niveles: profesionales, auxiliares, técnicos y cuidadores de poblaciones más vulnerables. Objeto de este fortalecimiento será el desarrollo de conocimientos declarativos, procedimentales y para la planificación en el marco del modelo de Atención Integral en Salud.
  6. Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

La investigación en salud pública tiene como objetivo indagar, analizar y explicar el estado de salud de las poblaciones en términos de su distribución, los factores de riesgo, los determinantes y las acciones colectivas, individuales que se implementen de manera organizada para abordar los problemas de salud en términos colectivos. La salud pública debe suplir las estrategias e intervenciones que aborden los problemas de salud de las poblaciones a partir de la investigación, promoción y prevención de la salud. Las escuelas y programas de salud Pública deberán reconocer las necesidades de la población colombiana y orientar sus programas de formación a la generación de conocimiento prioritario para el país [60].

## Modelo Integral de Atención en Salud Bucal de Manizales 2018-2028



*Figura 22.  
Mapa de alcances de la política de salud bucal de Manizales 2018-2028*



## Modelo Integral de Atención en Salud Bucal de Manizales 2018-2028

Atención Primaria en Salud  
Salud familiar y comunitaria

Gestión de la  
salud pública

- Aumentar la participación, empoderamiento y respuesta comunitaria, institucional e intersectorial en el cuidado de la salud bucal.

- Generar y analizar información relativa a los determinantes sociales y las condiciones de salud bucal de la población que orienten la toma de decisiones en pro de la Salud Bucal de la población del Municipio, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.

1. Formulación y ejecución de proyectos sociales comunitarios que promuevan el cuidado de la salud bucal a nivel familiar y comunitario.
2. Realización de asistencia técnica a los prestadores para la implementación y seguimiento del componente de salud bucal en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).
3. Desarrollo de capacidades y gestión del conocimiento en profesionales de la salud bucal del municipio de Manizales.

1. Promoción de escenarios intersectoriales y de participación para el análisis de la información, toma de decisiones y gestión de las intervenciones colectivas.
2. Construcción de un sistema de vigilancia de la salud bucal en las poblaciones priorizadas.
3. Gestión e inclusión institucional para el desarrollo de proyectos de investigación (caracterización, líneas de base, monitoreo, evaluación), innovación, desarrollo de capacidades, entre otros.

## MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN SALUD BUCAL MUNICIPIO DE MANIZALES 2018-2028

### Enfoques

Diferencial de Territorios y poblaciones

Gestión integral del riesgo en salud/Cuidado

### Metas

- A 2025 el Municipio de Manizales habrá caracterizado la situación de salud bucal y sus determinantes en la población según curso de vida. (2020 primera infancia, 2021 infancia y adolescencia, 2023 juventud y adultez, 2024 adulto mayor).
- A 2028 aumentará en un 20% COP=0 y en un 15% COP modificado (ICDAS)=0 en población menor de 18 años según los resultados de la caracterización realizada a partir de 2020.
- A 2028 disminuirá en un 20% la pérdida dental en población mayor de 18 años según los resultados de la caracterización realizada a partir de 2023.

- A 2022 el 50% de las instituciones educativas institucionalizarán el programa de salud bucal dentro de la estrategia de ESCUELAS SALUDABLES.
- A 2025 50% de los centros de promoción y de protección social del adulto mayor institucionalizarán el programa de salud bucal.
- A 2026 se diseñará e implementará el componente de salud bucal dentro del programa de ECNT en los prestadores.
- A 2028 el 80% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud diseñará e implementará el programa de salud bucal para la primera infancia e infancia.
- A 2028 se evaluarán y reorientarán las estrategias que se han desarrollado con cada grupo poblacional de acuerdo con la línea de base.

## MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN SALUD BUCAL MUNICIPIO DE MANIZALES 2018-2028

### Atención Primaria en Salud Salud familiar y comunitaria

- A 2019 se dispondrá de un sistema de información para salud bucal que permita la toma de decisiones del municipio.
- A 2024 se mantendrá el comité de salud bucal municipal con la participación de sus diferentes actores.
- A 2020 se sistematizará la caracterización familiar a partir de las fichas familiares de la estrategia CAPS.
  - A 2024 se realizará monitoreo y evaluación intermedia a los programas realizados.
- Al 2025 se incluirá formación de la salud bucal de la población de Manizales en el análisis de la situación de salud del Municipio de Manizales

- A 2020 2 organizaciones sociales incorporarán la gestión para la atención en salud bucal.
- A 2028 se mantendrá la articulación con instituciones de educación superior y de formación para el trabajo para el fortalecimiento del talento humano involucrado en la atención de la salud bucal.
- A 2025 el 50% de las instituciones de salud implementarán las Rutas Integrales de Atención en salud en el programa de salud bucal.

## MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN SALUD BUCAL MUNICIPIO DE MANIZALES 2018-2028

### Enfoques

Diferencial de Territorios y poblaciones

Gestión integral del riesgo en salud/Cuidado

### Productos y resultados

- Medición de COP y estado gingival en la población escolar.
- Medición de COP y estado periodontal en poblaciones según ciclo vital.
- Actualización de la ficha familiar CAPS en componentes de salud bucal.

- Programa específico de salud bucal para preescolares, escolares, jóvenes y adultos mayores.
- Programa específico de salud bucal en programas de ECNT.
- Resultados del seguimiento y evaluación anual a programas de salud bucal implementados.

### Metas 2028 (efectos)

Incrementada en un 20% la población libre de caries (COP=0)  
 Implementación reconocida por actores sociales, políticos, comunitarios  
 Disminuida en un 20% la experiencia de caries y la pérdida de los dientes en población menor de 18 años  
 Niños y adolescentes con índice de higiene inferior en un 50% al índice encontrado en la línea de base

## MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN SALUD BUCAL MUNICIPIO DE MANIZALES 2018-2028

Atención Primaria en Salud  
Salud familiar y comunitaria

- Sistema de información de la salud bucal del municipio de Manizales.
- Informe de sistematización de la caracterización de las fichas familiares con componentes de la salud bucal.
- ASIS con información de la salud bucal a nivel municipal.
- Informes de seguimiento y monitoreo de los programas de salud bucal implementados.

- Sesiones académicas del comité local de salud ora dirigidas a fortalecer el talento humano para la atención de la salud bucal del municipio.
- Asistencias técnicas a Instituciones Prestadores de servicios de Salud para implementación de las RIAS en salud bucal.
- Proyectos de desarrollo en salud bucal de carácter comunitario y participativo.

Incrementada en un 20% la población libre de caries (COP=0)  
Implementación reconocida por actores sociales, políticos, comunitarios  
Disminuida en un 20% la experiencia de caries y la pérdida de los dientes en población menor de 18 años  
Niños y adolescentes con índice de higiene inferior en un 50% al índice encontrado en la línea de base

En la figura 22 se ilustra el vínculo entre marcos de referencia, objetivos, actividades y metas de los posibles programas orientados a la conservación, mantenimiento y restauración de la salud bucal de la población del Municipio para el logro de la meta en salud bucal a 2028.

En este contexto, los aspectos que deben tenerse en cuenta para abordar la planificación de cada componente del marco de referencia incluyen:

- Una teoría de cambio que explique cómo el enfoque y las actividades contribuirán al producto o resultado.
- Definición de resultados, como cambios que se espera lograr con el programa según una línea de tiempo.
- Descripción de los beneficiarios o de las personas que reciben el programa, según los enfoques adoptados (priorización).
- Definición de los insumos del programa: recursos financieros, infraestructura física, talento humano.
- Definición de actividades y servicios de apoyo que proporciona un programa para el alcance de los resultados esperados.
- Definición de productos que suministra el programa para el logro de los resultados (ej.: número de intervenciones, etc.).
- Elaboración de un plan de seguimiento y evaluación. Incluye el monitoreo social.







1. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Sistemas Especializados de Información (SEI), Centro de Estudios para el Desarrollo (Cendex), Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007. 1a. ed. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2009. Disponible en: [http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/Pub\\_LibrosENS.html](http://www.cendex.org.co/GPES/publicaciones/Pub_LibrosENS.html). Acceso: noviembre de 2017.
2. Alcaldía de Manizales, Secretaría de Salud Pública, Comité de Salud Oral. Política de Salud Oral Manizales 2007 / 2017. Manizales: 2007.
3. Mejía, Agualimpia, Torres, Galán y Rodriguez. 1965. I Estudio de Morbilidad Oral. Citado en: Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud, Bogotá, 2014.
4. Moncada-Erazo. Segundo estudio de Morbilidad oral, 1984. Citado en: Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud, Bogotá, 2014.
5. Ministerio de Salud, Centro Nacional de Consultoría. Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, 1998. Citado en: Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud, Bogotá, 2014.
6. Ministerio de Salud. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB IV: Metodología y determinación social de la salud bucal. Bogotá: 2014. Disponible en <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/03274f99-bceb-4ff3-9b60512f01be47f6/ENSABIVMetod.pdf?MOD=AJPERES>. Acceso marzo 22 de 2017.

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf> Acceso: noviembre de 2017.
8. Martignon S, Téllez M. Criterios ICDAS: Nuevas perspectivas para el diagnóstico de caries dental. *Dental Main News*, 2007;14-19. Disponible: [https://www.researchgate.net/publication/252931239\\_Criterios\\_ICDAS\\_Nuevas\\_perspectivas\\_para\\_el\\_diagnostico\\_de\\_la\\_caries\\_dental](https://www.researchgate.net/publication/252931239_Criterios_ICDAS_Nuevas_perspectivas_para_el_diagnostico_de_la_caries_dental). Acceso: diciembre de 2017.
9. Ministerio de Salud y Protección social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV). Bogotá: 2014. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>. Acceso diciembre de 2017. Acceso: noviembre de 2017.
10. Alcaldía de Manizales. Secretaría de Salud Pública. Comité de Salud Oral. Política de Salud Oral 2007-2017. Programa de Salud Oral: ¡Sonrisas sanas... todos felices! Manizales: AÑO.
11. Aguilar MJ, Ander-Egg E. Evaluación de servicios o programas sociales. Buenos Aires: Editorial Lumne, 1994.
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Manual de planificación, seguimiento y evaluación de resultados del desarrollo. New York: PNUD, 2009.
13. Ministerio de Administraciones Públicas. Agencia Estatal de Evaluación de Servicios Públicos. España: 2004. Disponible: [http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/agencia/Informe\\_comision\\_expertos\\_esp.pdf](http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/agencia/Informe_comision_expertos_esp.pdf). Acceso: marzo de 2017.
14. Bouzas L. Los caminos de la evaluación en políticas públicas. Una revisión de enfoque. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*. 2005; 4 (02): 69-86.
15. Cardona Rivas, D. Fundamentos y tendencias en la evaluación de políticas públicas. *Revista Universalud* 10 (20): 41-52, 2014.
16. Departamento administrativo Nacional de estadística (DANE). Demografía y población. Censo general 2005. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020, Colombia 2010. Disponible: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/>

- poblacion/proyepobla06\_20/7Proyecciones\_poblacion.pdf. Acceso: marzo de 2017.
17. Cerezo Correa MP, López Soto OP, Herrera Serna BY, Parra Sánchez JH. Levantamiento de los indicadores de salud oral en las edades centinelas para el municipio de Manizales, 2015. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2017.
  18. Rodríguez Acuña MP, Cerezo Correa MP, López Soto OP, Nieto Murillo E, Paz Delgado AL. Intervención preventiva en salud oral en establecimientos educativos del municipio de Manizales, 2012. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales. 2012.
  19. Cerezo Correa MP, López Soto OP, Parra Sánchez JH, Vélez Álvarez C, García Chamorro DA. Levantamiento de indicadores del estado de salud oral a nivel poblacional, Manizales 2011. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales. 2011.
  20. Secretaría de Salud Pública. Boletín perfil epidemiológico de Manizales. Manizales: Secretaría de Salud Pública. 2013.
  21. Secretaría de Salud Pública. Unidad de Epidemiología. Área de Estadística. Manizales: Secretaría de Salud Pública. 2013
  22. Rubio-Campos, J. (Julio-Diciembre. de 2013). Retos para la implementación de políticas públicas en América Latina. *Revista Buen Gobierno*. 146-156.
  23. Meny, I., & Thoenig, J. *Las políticas públicas*. Barcelona, España: Ariel, 1992.
  24. Peters DH, Tran NT, Adam T. *Investigación sobre la implementación de políticas públicas en salud: Guía práctica*. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud. 2013.
  25. Eslava Gómez, A. *El juego de las políticas públicas*. Medellín: Fondo Editorial Universidad Eafit, 2011.
  26. Jiménez, J. Los modelos de implementación de las políticas públicas en Colombia y su impacto en el bienestar social. *Analecta poli*. 2012. 2 (3): 141-164.
  27. Departamento Nacional de Planeación (DNP). *Sistema Nacional de Evaluaciones de Gestión y Resultados (SINERGIA)*. Guía metodológica para el seguimiento al plan de desarrollo y la evaluación de políticas estratégicas. Bogotá: sf.

28. Contandriopoulos AP. Elementos para una “topografía” del concepto de Salud. Université de Montreal. Revista Interdisciplinaria de la Salud, 2006 1(1): 86-99. Disponible en: [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/76930/mod\\_resource/content/2/M1C3\\_Contandriopoulos\\_2006.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/76930/mod_resource/content/2/M1C3_Contandriopoulos_2006.pdf). Acceso: noviembre de 2017.
29. Laurell AC. La salud: de derecho social a mercancía. En: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud, Fundación Friedrich Ebert, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 1994. Disponible en: [http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C\\_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/1\\_laurell-saludymercancia.p](http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/Profesores/jramirez/PDF/1_laurell-saludymercancia.p). Acceso: abril de 2010.
30. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social. Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. UNACONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCION DE LA SALUD Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. 17-21 de noviembre de 1986 Ottawa (Ontario) Canadá. Disponible en Acceso: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>. Acceso: agosto de 2018.
31. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/). Acceso: enero de 2018.
32. The Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas. Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm) . Acceso: febrero 2 de 2018.
33. Cuarta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud al siglo XXI . Yakarta, Indonesia, 1997. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf) Acceso: enero de 2018.
34. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Bangkok, Tailandia, 2005. Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf) Acceso: enero de 2018.

35. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) Módulo 1. El concepto de salud. Evolución histórica. Acepciones actuales, sf Disponible en: <http://salud.ciec.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf> s.f Acceso: agosto de 2018.
36. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Revista Latinoamericana de Población 2011, 5 (8): 5-31.
37. Departamento Nacional de Planeación. Fichas de caracterización territorial. Disponible: <https://terridata.dnp.gov.co/#/perfiles..> Acceso: diciembre de 2017.
38. Secretaría de Salud de Manizales. Calificación a las empresas promotoras de salud del régimen subsidiado municipio de Manizales periodo calificado de agosto de 2016 a febrero de 2017 Disponible: <http://manizallessalud.com/wp-content/uploads/2016/06/matriz.pdf>. Acceso: enero de 2018.
39. . Sanz M, Antoniazzi JH. Proyecto Latinoamericano de Convergencia en Educación Odontológica (Placeo). Sao Paulo: Artes Médicas, 2010.
40. Arroyave JC. Manizales: no todo lo que brilla es oro. Razón Pública, noviembre de 2017. Disponible: <https://razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/10667-manizales-no-todo-lo-que-brilla-es-oro.html>. Acceso: diciembre de 2017.
41. Manizales como vamos. Informe de Calidad de Vida, 2016. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/manizalescomo-vamos-informe-de-calidad-de-vida-2016-47672> Acceso: diciembre de 2017.
42. Colprensa-Manizales. La pobreza extrema aumentó en Colombia, 2017. Disponible <http://www.lapatria.com/economia/pobreza-extrema-subio-en-2016-y-cerro-en-85-356057> Acceso: Enero de 2018.
43. Alcaldía de Manizales. División territorial urbana conforme a comunas y estratos. 2016. Disponible en: <http://www.alcaldiamanizales.gov.co/RecursosAlcaldia/201506112324416436.pdf>. Acceso diciembre de 2016.
44. Carmona Sánchez C, Supelano\_González D, Osejo Villamil I. Tipologías departamentales y municipales: una propuesta para comprender las entidades territoriales colombianas. Departamento Nacional de Planeación. Grupo de Estudios Territoriales, sf. Disponible: <https://studylib.es/doc/5385844/tipolog%C3%ADas-departamentales-y-municipales>. Acceso marzo de 2018.

45. Querol C. Gobernanza y desarrollo sostenible (Cataluña). Diálogos na Universidade de Vigo. 2004. Citado en Carmona Sánchez C, Supelano González D, Osejo-Villamil I. Tipologías Departamentales y Municipales: una propuesta para comprender las entidades territoriales colombianas. s.f. Disponible: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/2015may28%20Tipologias.pdf>. Acceso marzo 6 de 2018.
46. Cardona Henao LA. Un análisis de los determinantes de la pobreza en Manizales 2002-2010. Universidad de Manizales, Facultad de Economía y Administración de Empresas. 2013. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/985/Determinantes%20de%20la%20pobreza%20en%20Manizales.pdf?sequence=1> Acceso: marzo de 2018.
47. Hufty M. Marco conceptual y analítico de la gobernanza. Documento Congreso Mundial de Salud Pública. 2008. Disponible en: [http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11556776031Paper\\_Hufty\\_Fr.doc](http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11556776031Paper_Hufty_Fr.doc) website
48. Rivadeneira A. Marco conceptual y legal sobre la gestión del riesgo en Colombia. Aportes para su implementación. Superintendencia Nacional de Salud: Número 5. 2014. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%201.pdf>. Acceso: febrero de 2018.
49. Ministerio de Salud. Gestión integral del riesgo. Perspectiva en el aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Salud. Documento de trabajo de la Dirección de la Regulación de la Dirección del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, enero de 2015.
50. Restrepo H. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. s.f. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-OO5.PDF>. Acceso: marzo de 2018.
51. Nunes ED. Medicina Social: aspectos históricos y teóricos. Sao Paulo: Global, 1983.
52. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema general de seguridad social en salud. Bogotá, 1996.

53. Huergo J. Los procesos de gestión. Disponible en: <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/univpedagogica/especializaciones/seminario/materialesparadescargar/seminario4/huergo3.pdf>. Acceso: marzo de 2018.
54. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de Gestión de la Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Modelo%20de%20Gesti%C3%B3n%20Publica%20y%20PIC.pdf>. Acceso: agosto de 2018.
55. Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective; in *Challenging Inequities in Health Care: from Ethics to Action*. New York: Oxford University Press; 2001. pp. 309-322.
56. Molina NJ. Antecedentes y desarrollos de la APS. En: *Atención Primaria en Salud: un camino hacia la equidad*. Bogotá: Corporación para la Salud Popular grupo Guillermo Fergusson. Secretaría Distrital de Bogotá, 2012.
57. Breilh J. *Epidemiología Crítica*. Buenos Aires, Quito: Editorial Lugar, 2003.
58. Guerra A. La coherencia municipal en las políticas públicas: un ejercicio permanente de incidencia para el desarrollo local. En: *Territorialización de Políticas Públicas: Coordinación Interinstitucional Local en Centroamérica y República Dominicana / Fundación DEMUCA*. San José, CR: DEMUCA, 2011.
59. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) sf. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>. Acceso: Noviembre de 2017.
60. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. Acceso: agosto de 2018.

En este libro se presenta la Evaluación de la Política de Salud Oral realizada en el año 2017, con base en la metodología *resultados para el desarrollo de políticas y programas públicos*, cuya pretensión es aportar información relevante para la toma de decisiones futuras, en particular sobre los procesos de planificación de programas de salud en el municipio. Cabe agregar que la interpretación de los logros y pendientes de la política en mención, se llevó a cabo en el marco de las metas propuestas en 2007 y reformuladas en 2011.



ISBN: 978-958-8730-97-4

