



**BOGOTÁ**  
Secretaría de Salud

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL DE LAS  
Américas

**RESUMEN ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE EFECTOS DE LA POLÍTICA DE SALUD ORAL DE BOGOTÁ, D.C. CON PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DECENIO 2011-2021**

**CONVENIO DE COOPERACIÓN 022 DICIEMBRE DE 2021 SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD/ LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**BOGOTÁ, D. C., SEPTIEMBRE 2023**



**BOGOTÁ**  
Secretaría de Salud

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

**Gina Tambini Gómez**

Representante OPS/OMS Colombia

**Monica Padilla**

Asesora Sistemas y Servicios de Salud

**Evelyne Degraff**

Asesora Familia, Promoción de la Salud y  
Curso de Vida

**Lucy Arciniegas Millán**

Oficial de Programas



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ**  
Secretaría de Salud

**Alejandro Gómez López**

Secretario Distrital de Salud

**Manuel Alfredo González Mayorga**

Subsecretario de Salud Pública

**Iliana Francineth Curiel Arismendy**

Directora de Salud Colectiva

**Diane Moyano Romero**

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de  
Políticas de Salud Colectiva

**Andrea Yiset López Hernández**

Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas  
en Salud Pública

**Adriana Mercedes Ardila Sierra**

Subdirectora de Determinantes en Salud



---

## Referentes de gestión del convenio

---

### **Organización Panamericana de la Salud**

Leonardo A. García Rincón  
Consultor Nacional de Salud Mental

Luz María Salazar Vieira  
Consultora Nacional de Salud Mental

Rafael Alberto Fajardo Moreno  
Consultor experto en evaluación de políticas públicas  
Apoyo técnico a los gestores del convenio

### **Secretaría Distrital de Salud**

Gladys Espinosa García  
Profesional Especializada  
Subsecretaría de Salud Pública

Luz Mery Vargas Gómez  
Profesional Especializada  
Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública

Grupo funcional en Salud Oral  
Adriana Constanza Padilla Castañeda  
Profesional Especializada  
Referente de la Política Pública de Salud Oral  
Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública

Paola Andrea Amaya García.  
Odontóloga  
Constratista – Profesional Especializado  
Subdirección de Determinantes en Salud

Jairo Hernán Ternera Pulido  
Profesional Especializado  
Subdirección Administración del Aseguramiento en Salud

Adriana Paola Ulloa Virgüez  
Enfermera Epidemióloga  
Subdirección de vigilancia en salud pública

Lucrecia Rivera Rivera  
Profesional Especializada  
Dirección de provisión de servicios de salud



Myrna Joyce Mariño Maldonado  
Profesional Especializada  
Subdirección de garantía del aseguramiento

Jennifer Adriana Tijaro Santos  
Profesional Especializada  
Subdirección de vigilancia en salud pública

Luz Marina Ariza Ariza  
Dirección de provisión de servicios de salud  
Dirección de Calidad de Servicios de Salud

**Equipo Técnico Ejecutor del Análisis y Evaluación de la Política  
Fundación Salutia  
Centro de Estudios, Innovación e Investigación en Salud**

---

Carlos Humberto Arango Bautista  
Director General

Ana Lucia Mujica Duarte  
Coordinadora Técnica Análisis y Evaluación Políticas Públicas

Juan Sebastián Ávila Santos  
Coordinador Metodológico de Análisis de Políticas Públicas

Constanza Muñoz Benavides  
Coordinación Administrativa

**Equipo Análisis y evaluación de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C. con Participación Social para el decenio 2011-2021**

**Análisis de estructura**

Lorena Margarita Moreno Prieto  
Profesional en Ciencias políticas y administrativas  
Especialista en Gerencia de Proyectos

Karen Viviana Zabaleta Rodríguez  
Profesional en Odontología  
Especialista en Auditoría de Salud  
Magister en Salud Pública

**Análisis de estructura e implementación**



Julián Alberto Serna Gómez  
Profesional en Odontología  
Especialización en políticas públicas  
Magister en Salud Pública

Natalia Garzón Moreno  
Profesional en Sociología  
Magister en Gestión y Desarrollo Social

Gerson Vásquez Vergara  
Profesional en Nutrición y Dietética  
Especialista en Promoción en Salud y Desarrollo Humano

Daniel Alejandro Riveros Forero  
Profesional en Antropología

#### **Análisis de evaluabilidad y evaluación de efectos**

Clara Angela Sierra Alarcón  
Profesional en Bacteriología  
Magister en Epidemiología

Alexander Acero Acero  
Profesional en Administración de empresas  
Magister en Economía

Nilton Montoya Gómez  
Profesional de Estadística  
Especialista en base de datos  
Magister en Ingeniería de Software



## Contenido

Introducción .....	8
1. Análisis de estructura de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C. con Participación Social para el decenio 2011-2021 .....	9
1.1. Método para el Análisis de Estructura de la Política.....	10
1.2. Resultados del análisis de la estructura de la Política de Salud Oral de Bogotá D.C. con participación social para el decenio 2011-2021.....	12
1.2.1. Análisis del contexto y el marco conceptual.....	12
1.2.2. Análisis del Problema que abordó la Política .....	14
1.2.3. Carácter de la política.....	14
1.2.4. Análisis de los objetivos y alternativas de solución .....	15
1.2.5. Gobernanza.....	17
2. Análisis de implementación de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C. con Participación Social para el decenio 2011-2021 .....	18
2.1. Métodos para el análisis de la implementación de la PSOB.....	18
2.2. Resultados del análisis de implementación de la Política de Salud Oral de Bogotá D. C. con participación social para el decenio 2011-2021 .....	20
2.2.1. Análisis de la cadena de entrega y cadena de valor .....	21
2.2.2. Gobernabilidad .....	23
2.2.3. Gobernanza.....	25
2.2.4. Logros de la Política .....	25
3. Análisis de evaluabilidad y evaluación de efectos de la PSOB 2011-2021.....	26
3.1. Método para el análisis de la evaluabilidad de efectos de la política.....	27
3.1.1. Evaluabilidad en principio .....	27
3.1.2. Evaluabilidad en la práctica .....	28
3.2. Resultados del análisis de evaluabilidad y evaluación de efectos de la PSOB 2011-2021 .....	29
4. Propuesta para orientar la gestión del sector salud en la toma de decisiones sobre las alternativas técnico-políticas para la acción pública en relación con el problema atendido desde la Política Pública “Salud Oral de Bogotá, D. C. con participación social para el decenio 2011-2021” .....	31
4.1. Reconocimiento del ecosistema distrital de políticas en cuanto a la acción pública relacionada con la promoción de la salud bucal y la prevención y atención de la enfermedad bucodental.....	31
4.2. Gestión Institucional de la Secretaría Distrital de Salud previa a la toma de decisiones sobre la o las alternativas técnico-políticas como instrumentos de acción pública.....	33
4.2.1. Profundizar el análisis del contexto distrital para hacer que las situaciones problemáticas se escalen a una agenda pública.....	33
4.2.2. Elevar a problema público las situaciones problemáticas o problema abordado por la Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C. con participación social para el decenio 2011-2021.....	35



- 4.2.3. Marco referencial y conceptual para orientar la toma de decisiones sobre las alternativas técnico-políticas para la acción pública .....36
- 4.2.4. Componente técnico científico de los instrumentos para la acción pública .....38
- 4.2.5. Componente político- organizacional de los instrumentos para la acción pública 38
- 4.3. Elementos esenciales que debe considerar el nuevo instrumento de acción pública sobre el problema del que se ocupaba la Política Pública de Salud Oral.....39
  - 4.3.1. Elementos técnico-científicos.....39
  - 4.3.2. Recomendaciones para la construcción de los elementos técnico-científicos del IAP 43
  - 4.3.3. Recomendaciones para la construcción de los elementos político-organizacionales para desarrollar el IAP .....47

VERSIÓN FINAL

## Introducción

En el marco del convenio de cooperación técnica N°022 de diciembre de 2021, suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS)/Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS), la Fundación Salutia realiza el análisis de la estructura, implementación, evaluabilidad y evaluación de efectos de la Política de Salud Oral de Bogotá D. C. con participación social para el decenio 2011-2021, en conjunto con funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública con responsabilidades en el proceso de evaluación de políticas, planes y programas, con quienes se definían acuerdos respecto de los métodos y rutas de trabajo, los cuales a su vez se compartían con los miembros equipo técnico de la SDS que lideraron el desarrollo de la Política en todas sus fases. Esta estrategia permitió fortalecer la capacidad institucional de análisis y evaluación de políticas a la Subsecretaría de Salud Pública y a las otras dependencias de la SDS que se vincularon al proceso.

Para el análisis se partió de la existencia de la política, es decir, no se analizó el proceso de formulación de ésta y con base en el interés de la SDS se llevó a cabo una evaluación integral de la misma. Se analizó como una unidad única en sus diferentes fases y en los aspectos más importantes constitutivos de estas. Para ello se retomaron elementos de los diferentes tipos de evaluación que se adecuaron para aplicarlos a la realidad del desarrollo que había tenido la política a través de su horizonte temporal, sin incluir la evaluación de impactos.

El presente documento da a conocer la síntesis de los aspectos más importantes del análisis de la estructura, implementación, evaluabilidad y evaluación de efectos en cinco apartados: el primero presenta el desarrollo del análisis del diseño de la Política, abordado desde un marco analítico contextual que incluyó el contexto internacional, político y normativo en los que se situó el origen de la Política; se analizaron y evaluaron los criterios de consistencia, coherencia, pertinencia y suficiencia para el marco conceptual, diagnóstico, problema público y alternativas de solución como componentes que estructuran la Política, así como del análisis de gobernanza. En el segundo, se presenta el análisis de la implementación de la Política en todo su horizonte temporal de diez años. Este se efectuó mediante el análisis de coherencia, suficiencia, eficiencia y pertinencia de la cadena de entrega y cadena de valor. También se analizaron las características de la gobernabilidad y el proceso de gobernanza durante la implementación de la Política.

El tercer apartado presenta el análisis de evaluabilidad que permitió identificar los efectos de la Política susceptibles de evaluación. Para esto se emplearon dos métodos: en primer lugar, el de la evaluabilidad en principio para determinar de qué manera las características del diseño de la política favorecen o limitan una evaluación futura de los efectos de la Política. En segundo lugar, la evaluabilidad en la práctica para examinar la existencia y disponibilidad de evidencia que permita realizar seguimiento y verificación a las acciones, productos, metas y/o resultados generados en torno a la Política.

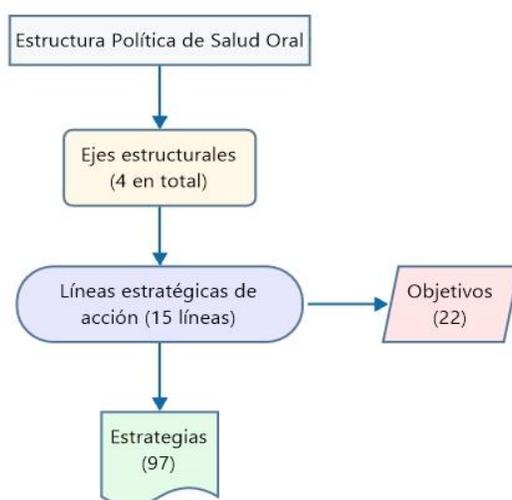
En el apartado cuarto, se presentan las recomendaciones derivadas de los análisis anteriores, y a partir de ellas y del análisis de contexto actual, en el apartado cinco se presenta la propuesta que permita orientar a los tomadores de decisión respecto de las alternativas político-técnicas como instrumentos que podrían ser considerados por los actores del gobierno distrital y otros actores sociales involucrados en la continuación de la acción pública respecto de la reducción de la oferta y la demanda de las sustancias psicoactivas en el D.C.

### 1. Análisis de estructura de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C. con Participación Social para el decenio 2011-2021

El análisis de la estructura de la Política se centra en determinar tres aspectos principales; el contexto de la Política, su estructuración y los procesos de gobernanza alrededor de su formulación. Este análisis se ha construido desde las voces de los actores y la información documental recopilada. Para ello se tomó como eje organizador y articulador los aspectos a analizar, las categorías y subcategorías, presentadas en el apartado sobre el método, y se hicieron converger con los patrones y aspectos relevantes identificados tanto en las entrevistas como en los documentos.

La Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021 estuvo conformada por cuatro ejes estructurales y quince líneas estratégicas de acción. Según el documento de política, los ejes estructurales son un elemento articulador entre las líneas estratégicas de acción y los objetivos. Asimismo, las líneas contienen 22 objetivos y agrupan 97 estrategias como se observa en el siguiente esquema:

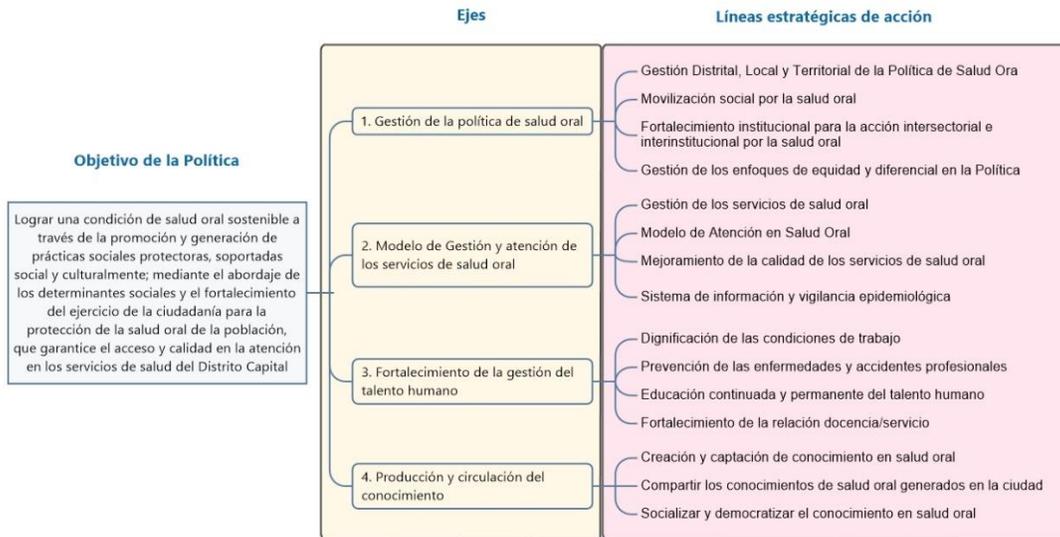
**Figura 1. Estructura general de los componentes de la política**



*Fuente: elaboración propia partir del documento de la política.*

La siguiente figura presenta el objetivo de la política, los ejes y las líneas estratégicas de acción:

**Figura 2. Objetivo, ejes y líneas estratégicas de acción de la Política**



*Fuente: elaboración propia partir del documento de la Política de Salud Oral de Bogotá*

Analizar la estructura de la “Política de Salud Oral de Bogotá D. C. con participación social para el decenio 2011-2021” implicó desarrollar los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar los elementos del contexto internacional, político y normativo que incidieron en el diseño y estructura de la Política.
- Evaluar los criterios de consistencia, coherencia, pertinencia y suficiencia para el marco conceptual, diagnóstico, problema público y alternativas de solución como componentes que estructuran la Política.
- Identificar los elementos enunciados en la Política que dan cuenta de procesos de gobernanza durante la formulación a la luz de los aportes de la revisión documental y entrevistas realizadas a actores claves del Distrito.

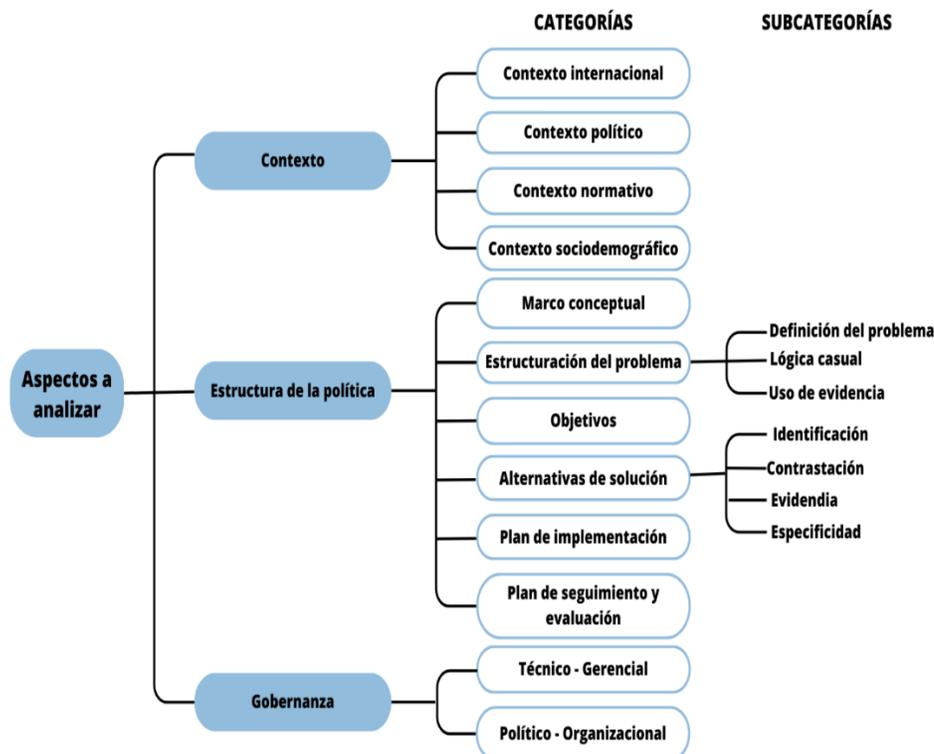
### 1.1. Método para el Análisis de Estructura de la Política

Para dar respuesta a los objetivos formulados se establecieron tres aspectos a analizar con sus respectivas categorías: Contexto, Estructura y Gobernanza. Se usó el modelo de marco lógico y se desarrolló el análisis micropositivo el cual permite mediante una forma estructurada de razonamiento establecer, "la relación entre los elementos endógenos, y entre cada uno de estos con la totalidad" desde una perspectiva simple, como es la de la lógica formal. Para examinar las

respuestas que se pretendieron dar al problema público en términos de la coherencia interna entre los objetivos, las estrategias y las acciones planteadas, se hizo un análisis descriptivo que permite aumentar la comprensión sobre cada uno de los componentes y características de los elementos a analizar y complementa el análisis micropositivo.

Las técnicas de análisis fueron cualitativas, las cuales se basan en la interpretación y el ordenamiento de la información textual y/o verbal sin recurrir a la estadística o al lenguaje matemático y se caracteriza por basarse en datos no numéricos, como palabras y textos.

**Figura 3. Mapa de categorías y subcategorías para el análisis de la estructura de la política**



*Fuente: elaboración propia.*

### Identificación de fuentes de información

Para realizar el análisis de la estructura de la política se utilizaron dos fuentes de información, que se pueden clasificar en primarias y secundarias. Como fuentes de información primaria se identificaron a los actores que tuvieron un rol o que participaron durante el proceso de diseño de la Política.

Las fuentes secundarias corresponden a los siguientes documentos:

- Documento oficial de la Política
- La normatividad relacionada con la temática de la Política y que tuviesen relación con ésta (Leyes, decretos, resoluciones, acuerdos)
- Planes de Desarrollo Nacionales y Distritales entre 2011 y 2021.
- Artículos, tesis e informes donde se analizó la Política evaluada.
- Convenios y/o pactos internacionales relacionados con la Política.

### **Limitaciones para recolección y análisis de la información.**

La información presentó algunas restricciones que no permitieron tener datos para la documentación a profundidad de algunas categorías o subcategorías debido a la brecha de tiempo entre la construcción de la Política y la evaluación, lo cual afectó la disponibilidad de las fuentes y el nivel de recordación de los actores entrevistados.

Varias fuentes secundarias no lograron ser contrastadas desde los imaginarios colectivos de los actores partícipes en las entrevistas dado que se tuvo una participación limitada de dos tipos de actores, lo que no permitió indagar en actores del tipo comunitario, aseguradores, prestadores, entre otros.

En cuanto al origen de los documentos revisados, la gran mayoría son del orden institucional (gobierno); específicamente del sector salud que lideró el proceso de construcción de la Política. Se destaca que no hubo disponibilidad de un documento que sistematizara todo el proceso de formulación que se dio en el momento.

## **1.2. Resultados del análisis de la estructura de la Política de Salud Oral de Bogotá D.C. con participación social para el decenio 2011-2021**

### **1.2.1. Análisis del contexto y el marco conceptual**

La “Política de Salud Oral 2011-2021” fue una política que se construyó sobre la base de los conocimientos y aprendizajes que dejó su antecesora: “Hacia un pacto por la Salud Oral para Bogotá D.C. Porque la Salud Oral debe estar en boca de todos” de 2004 siendo la primera formulada para una ciudad en el continente, incluso se construyó antes de que en el año 2004 en la reunión convocada por la OPS en La Habana Cuba, lo recomendara a los gobiernos efectuar dichos procesos de orientación político-técnicos. En Colombia esta recomendación llevó a la formulación del Plan Nacional de Salud Bucal en 2006, sobre el cual se cimentó “Política de Salud Oral 2011-2021”.

El contexto nacional como el internacional propiciaron la formulación de la Política al relacionar las problemáticas de la Salud Oral con la salud pública; así mismo el Plan Nacional de Salud Pública de 2007-2010 estableció la incorporación de la Salud Oral como la tercera prioridad nacional en salud, lo que desencadenó el interés a nivel distrital, como producto de un pacto social entre algunos actores de la práctica odontológica y otros sectores como la Secretaría de Educación y de Integración Social, en la formulación y puesta en marcha de una política pública en la materia.

La información presentada sobre el contexto sociodemográfico fue pertinente, aunque, por un lado, deja ver que se entiende la salud oral o bucal como ausencia de enfermedad dado que los problemas frente a estas se definen como enfermedades bucodentales. En el mismo sentido, las representaciones sociales sobre estos constructos al indagarse desde una boca sana y no desde condiciones generadoras de salud en esta dimensión, asociada a su vez, a condiciones que favorecen situaciones vivenciales relacionadas con calidad de vida, hacen pensar que no se asume desde la salud. Por otro lado, no fue explícita ni concreta la información sobre el relacionamiento entre los determinantes estructurales, sus mediadores para la aparición de la enfermedad bucal. Tampoco fue claro si se utilizó la información de la prestación de los servicios para documentar detalles de la situación problemática, toda vez, que solo se hace referencia a encuestas y censo de base poblacional. Los formuladores no pudieron contar con información actualizada para construir un análisis de la problemática relacionado con la salud bucal, ni con la enfermedad bucal más cercano al momento en que se formuló la PSOB.

Con referencia al marco conceptual, la Política desarrolla una serie de conceptos a lo largo del documento, que sirven de sustento para su construcción. Se encontró que algunos conceptos fueron pertinentes para el abordaje de los problemas planteados por la Política. La dificultad estuvo en que estos no fueron definidos, o quedaron aislados y sin ser relacionados con la salud entendida como un derecho y las estrategias para garantizarlo (determinantes sociales, sostenibilidad). Por ejemplo, *sobre los conceptos de Salud Bucal y Salud Oral, el documento de la Política no logra describir ni precisar sus diferencias y sustentar por qué se adopta el de Salud Oral y no el de Salud Bucal, situación que genera limitaciones para el dimensionamiento del problema del que se ocuparía la política.*

Sobre otros, como la Atención Primaria en Salud y la Atención Integral se concluyó su pertinencia, dado que son pilares del modelo de atención en salud, planteado como segundo eje de la Política, sin embargo, se observa énfasis en la referencia a estos conceptos desde sus componentes relacionadas con la atención de la enfermedad y no desde la promoción de la salud. Adicionalmente, el “marco de referencia” fue retomado y enlazado parcialmente con las problemáticas y las alternativas de solución planteadas en los ejes estructurales y sus líneas de acción.

Igualmente, los conceptos pueden haber sido insuficientes en razón a que, por ejemplo, debía haberse descrito el tipo y características de presentación de la enfermedad bucodental, su

etiología desde lo biológico, por las implicaciones diferenciales que esto tiene en la concepción del modelo de atención y la organización de la prestación de los servicios, cuando una enfermedad es incidente o prevalente, tiene origen infeccioso o por exposición a prácticas de vida de las personas o los patrones de comportamiento de la población, o los dos están implicados simultáneamente.

### **1.2.2. Análisis del Problema que abordó la Política**

Del marco situacional se concluye que las situaciones problemáticas allí presentadas no se analizaron a profundidad en su causalidad o determinación para constituir las en un problema central, porque no fue clara esta delimitación; aunque se hayan agrupado en cuatro (4) núcleos problemáticos. No se puede deducir que el problema público eran los problemas de Salud Oral (caries, lesión de mancha blanca y café, periodontitis y fluorosis de alta prevalencia) y las representaciones sociales, porque en este alcance no hay una comprensión de las causas, tanto a nivel proximal como distal y, tampoco de las consecuencias en caso de solucionar estas.

En los tres segmentos del documento de la Política además se identificaron 45 situaciones problemáticas en torno a temas poblacionales, epidemiológicos, de gestión, de la relación entre actores del SGSSS, entre otros; las cuales no se abordan de manera organizada, por lo que se limita lograr o establecer el vínculo o interrelación con el tema de Salud Oral (propósito de la Política) o la convergencia entre los mismos para establecer la lógica causal y al final, varias de estas situaciones problemáticas no se tienen en cuenta en la construcción de los ejes estructurales y las líneas de acción.

En consecuencia, hay una débil estructuración del problema de política pública y es confuso el núcleo temático que orienta y circunscribe el problema y, a su vez, esto no permite correlacionar las dimensiones conceptuales, el marco político, normativo, las causas que lo anteceden y los efectos que lo preceden. Dicho esto, se comprende que el problema público requiere de un proceso de problematización a través del cual las situaciones problemáticas definidas se deben estructurar para ingresar a la arena política.

### **1.2.3. Carácter de la política**

De acuerdo con el análisis de la estructuración de la Política, ratificado por entrevistas a actores que participaron en esa etapa, "... las situaciones problemáticas que evoca el documento de política pública encuentran su origen en el reconocimiento, por parte del Distrito, de la necesidad de dar continuidad a las acciones en Salud Oral que ya venía adelantando la administración Distrital." .... Así mismo, los actores afirman que "la Política no recogió la información obtenida en los talleres de formulación, y, por lo tanto, contiene más conocimientos y experiencias previas del equipo formulador (80%), que discusiones y análisis llevados a cabo en el contexto de los talleres con actores sociales (20%).".

Estas aseveraciones permiten deducir que, aunque la política se denominó pública, no cumplió con las condiciones que la pudieran definir como tal, en el sentido mencionado por Cantú Herrera: “las políticas públicas están asociadas a la acción pública, que no es lo mismo que acción gubernamental. Las políticas públicas van transformando la relación gobierno-sociedad, donde existe mayor participación del desempeño democrático de los ciudadanos; involucrando activamente a los distintos actores de una localidad con sentido social. Mientras que la política gubernamental se asocia en gran medida a la acción y tareas del gobierno en el mismo Estado, sin tener un sustento de participación ciudadana en el desempeño de sus funciones”.

Lo mencionado puede explicar que la SDS se hubiera apoyado fundamentalmente en actores de su área directa de injerencia gubernamental como hospitales públicos para construir la perspectiva de acción y para aspectos técnicos en la Academia. No fueron suficientemente visibles las EAPB, sus redes de prestadores privados, los productores de tecnologías en la toma de decisiones. Dado esto, con base en lo mencionado por parte de Aguilar se entiende que la situación problemática o el problema de la Política fueron identificados por el gobierno distrital y éste los incluyó en la agenda gubernamental o institucional, entendida ésta como “el conjunto de asuntos explícitamente aceptados para consideración seria y activa por parte de los encargados de tomar las decisiones”.

#### 1.2.4. Análisis de los objetivos y alternativas de solución

Para los diferentes componentes de la estructura de la “Política de salud oral” el objetivo general plantea “que la salud oral se alcanzaría mediante el abordaje de los determinantes sociales...”, al respecto se considera que la salud oral en sí misma se favorecería de las acciones de políticas que tienen dentro de su alcance la posibilidad de mejorar los indicadores relativos a los determinantes sociales estructurales, desde su dimensión circunscrita de la salud o de la enfermedad.

Por otro lado, en este objetivo se señala que la acción va dirigida a obtener como resultado “*garantizar el acceso y calidad en la atención en los servicios de salud del Distrito Capital*”, es decir que cierra el campo a la acción del sector salud en los servicios sanitarios. Lo cual ratificaría lo dicho por un actor “la política se remite a los determinantes sociales y reflexiona en torno a ellos, pero no logra “operativizar” o diseñar acciones que los modifiquen, más allá del acceso a los servicios y los hábitos de los individuos”

Adicionalmente, la Política no planteó unos objetivos específicos asociados directamente al objetivo general, que fueran transversales y consecuentes con éste y que dieran origen a los ejes de acción. En contrario, definió unos ejes de acción para algunos núcleos problemáticos que se puede inferir serían similares a los que generaron las líneas estratégicas adoptadas del Plan Nacional de Salud Bucal. Alrededor de las líneas de acción que pretendían modificar las situaciones problemáticas que estos núcleos agrupaban, definió objetivos que en algunos casos no daban cuenta cabalmente de las causas de los problemas agrupados en dichos nodos, en

términos de la enfermedad bucal y menos en salud bucal, hallando dificultades para establecer unas relaciones lógicas entre los ejes estructurales y esos objetivos porque respondían a problemas independientes sin racionalidad entre las causas y los efectos. Además de esto, los objetivos eran de gestión y no se encontró ningún objetivo de cambio que aportara directamente al cumplimiento del objetivo general en términos de transformación de las condiciones de la salud oral. De otro lado, la desagregación hasta estrategias y acciones específicas de las líneas de acción permiten decir que la Política se pudo haber tornado más en un plan de acción hasta con algunos componentes operativos. Todo lo anterior se explica por la delimitación poco precisa del problema central de la PSOB 2011-2021.

A lo largo del documento de la PSOB se identificaron 97 enunciados como estrategias, aspectos por mejorar o actividades que se deben implementar por la ausencia de acción pública, falencias normativas o desarticulación de los actores que componen la práctica odontológica en el distrito de Bogotá, las cuales pueden servir de insumo en el establecimiento de las alternativas de solución. En algunas de estas menciones, se presentan poblaciones bien definidas (niños, niñas y mujeres en embarazo) situación que se relaciona con un enfoque de APS selectiva, lo que permite responder a las preguntas ¿Solución para quién? y ¿Cuáles poblaciones se deben priorizar? Sin embargo, es importante mencionar que la intención de la Política buscó superar este aspecto y propuso como unidad territorial el Distrito y las localidades, o discriminar su funcionalidad en la política para procurar las mejores soluciones.

Debido a las dificultades observadas en la formulación (delimitación) del problema público y el establecimiento de relaciones causales con los demás núcleos problemáticos en perspectiva de determinantes sociales, no fue posible contrastar el problema central con el objetivo general, las causas directas con los objetivos específicos y por ende hay una ausencia de procesos que orienten la organización, priorización, jerarquización y selección de alternativas de solución, como lo indica la literatura sobre diseño de políticas públicas.

Se puede decir que no se evidenció una metodología para generar dichas estrategias o acciones o que fuera documentada bajo un modelo gráfico o escrito que asocie las situaciones problemáticas y sus causas con el problema público reformulado para dar a la luz las alternativas de solución identificadas para establecer la elegibilidad o idoneidad de estas. Así, se estableció una ausencia de criterios y procesos que orienten la organización, priorización, jerarquización y su selección.

Los ejes con sus líneas y estrategias, así como, las acciones, hicieron énfasis en gestión para implementar modificaciones del modelo de atención en aspectos estructurales, de procesos y de tecnologías y del talento humano de forma autocontenida para las afecciones bucodentales sin considerar que este se encuentra anidado en un modelo de atención abarcador de la atención por las diferentes grupos de eventos en el marco de un plan obligatorio de salud que define su alcance en beneficios para la población. También se resalta el hecho de que este se pensó en

función de la red pública lo que ratifica que la política no tenía características de pública, sino de gubernamental.

Aunque plausible que se reconociera la importancia de la acción en entornos cotidianos de vida, se resalta el vacío del reconocimiento de las acciones individuales realizadas por las EAPB y sus redes de prestación tanto de régimen subsidiado como contributivo como parte de las acciones de la política en el marco del modelo de atención, dado ello, porque no se identificaron estrategias y acciones explícitas en este sentido en la estructura de la política. No fueron explícitos los cambios de fondo que la política incorporó en cuanto estrategias y acciones frente a las que se venían realizando, pero se evidenciaron las que se debían hacer para mejorar y enriquecerlas.

Algunos aspectos que se dejaron de lado en las alternativas de solución son: el abordaje de las enfermedades bucodentales considerando las particularidades de las localidades de Bogotá; las representaciones sociales, que contemplan un aspecto sociológico de la problemática y construcción de imaginarios sociales frente a la Salud Oral; la relación entre Salud Oral y las afecciones cardiacas que son causa número uno de muerte en Colombia y en el mundo; la incorporación del enfoque diferencial, los fenómenos migratorios y su impacto en la atención en Salud Oral.

#### **1.2.5. Gobernanza**

A pesar de que se encontró un interés por la participación y la construcción colectiva de la Política con actores clave, propiciado por la SDS y se mencionó por parte de algunos actores la realización de consultas, talleres y mesas de diálogo, no se tuvo acceso a la evidencia de los mismos ni de la realización de un proceso de participación para la construcción del problema o ejercicios de acción colectiva para identificar situaciones problemáticas. Sin embargo, se favorecieron procesos de participación con desarrollos diferenciales en la construcción de los aspectos o elementos estructurantes de la Política.

En cuanto al análisis de los relatos de las fuentes primarias para la evaluación de la gobernanza, se encontró una relación asimétrica en la formulación de la PSOB, la cual se conformó fuerte desde la interacción gobierno – academia como eslabón central de los procesos de participación, comparada con la relación que se dio con otros actores (EPS-EAPB, IPS, ESE y comunidad) y sectores. Sobre estos, se evidenció a través de los relatos, que estuvieron en un relacionamiento intermitente en la construcción de los lineamientos de la PSOB.

La información obtenida mediante la revisión documental y de fuente primaria (entrevistas) permiten concluir que no se estructuraron planes de acción durante todo el horizonte temporal de la Política que orientaran su implementación y seguimiento. Pese a lo anterior, se identificó una estrategia de gestión y coordinación desde el grupo funcional de salud oral dentro la SDS para favorecer el trabajo alrededor de la Política.

## 2. Análisis de implementación de la Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C. con Participación Social para el decenio 2011-2021

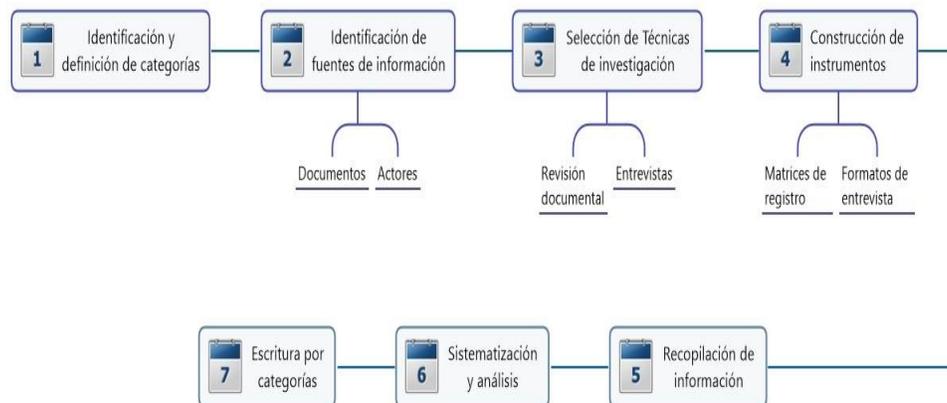
La implementación se refiere a la forma como la política pública se ejecuta para generar impactos reales en la sociedad; por lo tanto, está relacionada con la gobernabilidad de los asuntos públicos. Para el desarrollo del análisis de implementación, se definieron tres objetivos específicos:

- Analizar la coherencia, suficiencia, eficacia, eficiencia y pertinencia de los componentes de la cadena de entrega y cadena de valor.
- Analizar las características de la gobernabilidad durante el horizonte temporal de la implementación de las acciones de la Política.
- Analizar el proceso de gobernanza generado en torno a la Política para la implementación de sus acciones.

### 2.1. Métodos para el análisis de la implementación de la PSOB

La implementación de la Política se analizó con los mismos métodos cualitativos presentados en el capítulo de análisis de estructura. Así mismo, desde dos enfoques: retrospectivo del modelo de cadena de entrega y cadena de valor, combinado con un enfoque *ex post* que identifica hallazgos y produce información después de que la política pública fue aplicada. De manera general se pretende dar respuesta a la pregunta ¿qué pasó en la implementación?, con el fin de identificar y describir las actividades realizadas por la Política, lo que permite a su vez determinar los aciertos, desaciertos y las lecciones aprendidas. se desarrollaron siete pasos que se resumen en la siguiente imagen y se describen a continuación:

**Figura 4. Pasos para el análisis de implementación de la política pública**



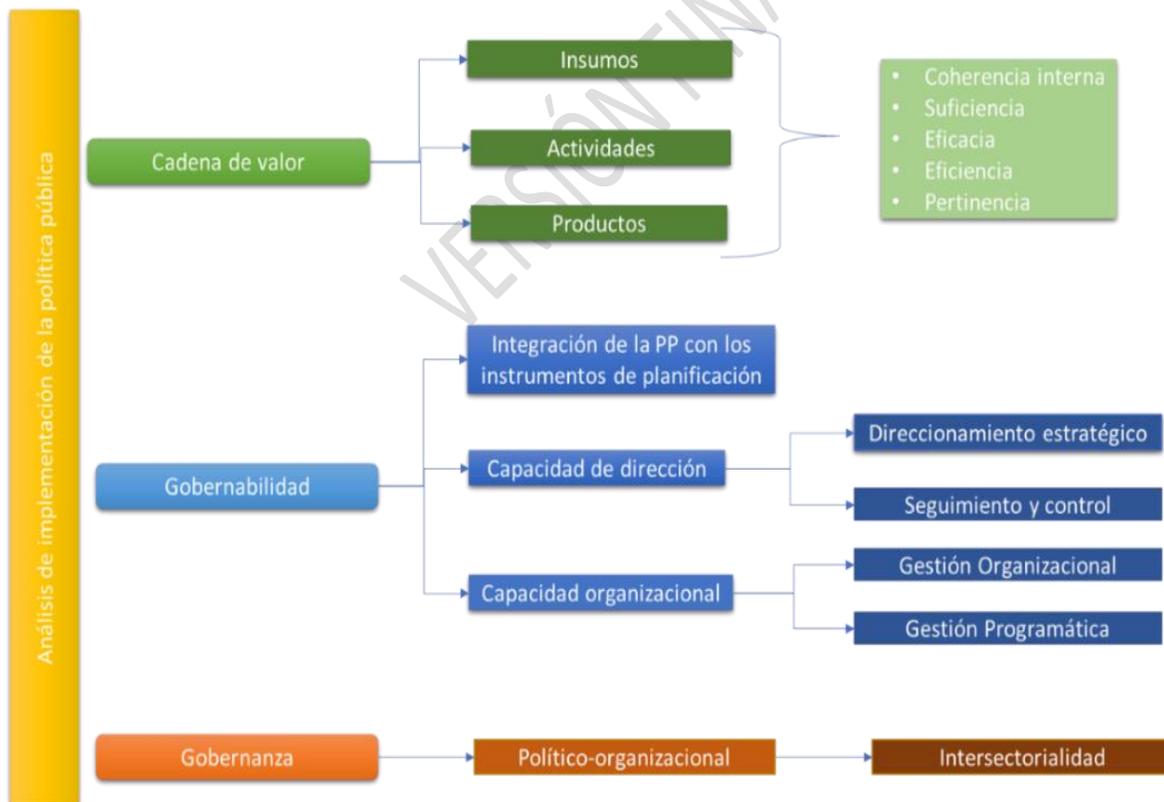
*Fuente: elaboración propia.*

Se utilizaron dos fuentes de información que se clasificaron en primarias y secundarias. Como fuentes de información primaria se identificaron los actores que tuvieron un rol o participación durante la implementación de la política a nivel Distrital y/o local entre el 2011 y 2021. Se realizaron entrevistas y talleres cualitativos que promovieron la participación y construcción colaborativa de conocimiento. Las fuentes secundarias corresponden a documentos, entre los cuáles se identificaron guías y lineamientos de implementación; informes y reportes; Planes de Desarrollo de los diferentes períodos de gobierno y los Planes territoriales de salud entre los años 2011 y 2021.

**Identificación y definición de aspectos, categorías y subcategorías de análisis**

A partir de los aspectos ya mencionados a analizar se construyeron categorías, subcategorías y preguntas orientadoras que guiaron los procedimientos relacionados con la identificación de fuentes de información, selección de técnicas y construcción de instrumentos.

**Figura 5 Aspectos, categorías y subcategorías de análisis de implementación de la política pública.**



*Fuente: elaboración propia.*

## Cadena de valor

Para el análisis de la cadena de valor, se definieron las categorías y se organizaron de acuerdo con cada uno de los eslabones: insumos, actividades, productos y se definió aplicar los siguientes criterios de evaluación: coherencia interna entre el objetivo y acciones implementadas, pertinencia, suficiencia, eficiencia y eficacia, como se describe a continuación:

### **Limitaciones para la recolección y análisis de la información**

El análisis de implementación presentó limitaciones ocasionadas por información insuficiente que no permitió abordar a profundidad las categorías y subcategorías propuestas y dar respuesta a algunas de las preguntas orientadoras. No se encontró o se suministró evidencia de que se hubiera elaborado un plan de acción para guiar la implementación durante todo el horizonte temporal de la Política que consolidara todos los componentes como los productos, las metas, resultados, indicadores, presupuestos y plazos determinados o en algunos momentos de implementación.

Se dispuso parcialmente de información de las acciones diseñadas e implementadas por el sector salud en el marco de la Gestión para la Salud Pública (GSP) y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC). No se dispuso de información de las acciones realizadas por otros actores del SGSSS, u otros sectores, para ser incluidas en la evaluación de eficacia de la Política. Por lo tanto, realizar una evaluación de estas acciones hubiera permitido solo conocer a eficacia y eficiencia en torno al PSPIC-GSP, pero no de la Política. Además, estos criterios fueron evaluados en el año 2018 en el marco del análisis de diseño e implementación del PSPIC.

En consecuencia, no es plausible determinar de qué manera las acciones superan esta limitación y si poseen la magnitud y amplitud esperadas para contribuir al logro de los objetivos. Además, la Política no dispuso en todo su horizonte temporal de implementación de una estrategia de seguimiento al cumplimiento y alcance de sus objetivos, por lo que es difícil establecer en qué medida estos se lograron y a través de qué acciones. Por lo anterior, los criterios de eficacia, eficiencia y suficiencia de las acciones que se implementaron en el marco de la Política no fueron evaluados.

## **2.2. Resultados del análisis de implementación de la Política de Salud Oral de Bogotá D. C. con participación social para el decenio 2011-2021**

El análisis de la implementación de la Política es el resultado del análisis de contenido documental y de las entrevistas y talleres de profundización realizados a los profesionales que se encontraron durante la implementación de la Política.

### 2.2.1. Análisis de la cadena de entrega y cadena de valor

La Política *no se planeó desde una estructura de marco lógico, por lo que no presentó cadena de valor ni cadena de entrega que orientara su implementación.* Por lo tanto, se construyó la cadena de valor a partir de la revisión del documento de la Política que permitió establecer una matriz de acciones que se plantearon desde el diseño; y la revisión de los lineamientos y anexos operativos que se desarrollaron principalmente desde el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PSPIC- que llevaron a identificar las acciones que finalmente se implementaron desde la SDS.

Se encontró que en el Eje No. 01 Gestión de la Política de Salud Oral, los recursos se obtuvieron a partir de las actividades de Gestión de la Salud Pública y estuvieron soportados desde actividades contratadas con las Empresas Sociales del Estado hoy las subredes, es así como en los años 2012-2015 se identificaron actividades de posicionamiento y gestión local de la política a través de los equipos locales de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS.

En los años 2016-2017 las actividades que se asociaron a la PP de Salud Oral se realizaron de igual forma desde el PSPIC/GSP en el marco de la estrategia de salud urbana y la atención primaria en salud del Plan de Desarrollo Distrital. En los años 2017-2018 las acciones locales de gestión de la PP hicieron parte del proceso transversal de gobernanza para la salud y calidad de vida a partir del trabajo en las instancias de coordinación local de la diferentes Políticas Públicas.

Para el eje, Gestión de la política de Salud Oral, las estrategias y las acciones propuestas no se desarrollaron por completo, las actividades desarrolladas no fueron suficientes para lograr el objetivo general de la política y los actores refieren que no se contó con disponibilidad presupuestal específica.

Respecto del eje No. 02 Modelo de Gestión de Salud Oral se pudo establecer como un proceso ligado al Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas; entre el 2016-2019 se identificaron actividades asociadas al despliegue del SISVESO y con ello la mejora en el monitoreo y seguimiento de indicadores de Salud Oral. En este periodo se identificaron más acciones en Salud Oral que en el periodo 2020-2023, esto está asociado a las limitaciones en el desarrollo de estas con ocasión a la pandemia por la COVID-19.

En este eje una constante para todos los periodos de gobierno fue la focalización de la atención de la población infantil menor de 5 años, las mujeres gestantes y lactantes y las personas mayores. Al igual en el eje No. 01 las actividades no se desarrollaron por completo, los actores refieren dificultades de disponibilidad presupuestal. Además, las actividades del PSPIC no son suficientes para cumplir con el objetivo del eje No. 02.

Llama la atención que para las acciones de rectoría se visibilizaron especialmente aquellas en las cuales la SDS ejerce la conducción y orientación con las Empresas Sociales del Estado (hoy

Subredes integradas de servicios de salud) adscritas a ella, a nivel local para las acciones colectivas y no vincula con la misma fuerza a otros actores del sistema sanitario para la construcción de legitimidad sobre la acción de ellos en las acciones individuales que hacen parte de la implementación de la PSOB 2011-2021.

El seguimiento a la implementación de las acciones de los actores de la atención sanitaria fue débil en razón a que no hubo un sistema de seguimiento específico. De otra parte, la utilidad de los indicadores del SISVESO disponibles en SALUDATA para favorecer la gobernabilidad con EAPB y sus redes o para definir metas de implementación de acciones de prevención es limitada, dado que la estrategia de vigilancia es centinela y tiene un objetivo complementario al de los sistemas de información que registran la acción total de los aseguradores y prestadores.

Diferentes actores manifestaron como principales resultados de la Política, un mayor reconocimiento de la Salud Oral gracias al desarrollo de actividades desde el PSPIC, mejoría en el índice COP, principalmente en la primera infancia, aumento en los procesos de fluorización de niños y jóvenes, mayor demanda de servicios, aumento de canalizaciones y de la cobertura a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, como limitante se observa que hace falta mayor evidencia de estos logros, soportada en instrumentos de seguimiento y monitoreo de la política y de informes o “estudios” que incluyan tanto seguimiento de indicadores cuali-cuantitativos, para confirmar y/o atribuir a la Política estos resultados.

Tal como se documentó en la evaluación de la cadena de entrega, a partir de la percepción de diferentes actores, se consideraron como principales logros de la Política, mayor reconocimiento de la Salud Oral gracias al desarrollo de las actividades del PSPIC en las 20 localidades del D.C., difusión de pautas específicas de manejo de enfermedades bucodentales. En cadena de valor se corrobora la percepción de aumento en los procesos de fluorización de niños y jóvenes, y de educación en salud oral, profilaxis y detartraje supragingival con los análisis de estos indicadores que resultaron con tendencia al aumento, pero sin alcanzar las coberturas esperadas.

Las percepciones de mejoría en el índice COP, principalmente en la primera infancia, aumento de canalizaciones y de la cobertura a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud no contaron con evidencia en indicadores, soportados en instrumentos de seguimiento de la Política y estudios con indicadores cuantitativos, para confirmar y/o atribuir a la Política estos resultados. Esto último debido a los altos costos de los estudios poblacionales de morbilidad bucodental.

En cuanto a la percepción de los actores respecto una mayor demanda de los servicios de consulta de primera vez, esta no pudo ser ratificada con los datos cuantitativos, los cuales no mostraron tendencia al aumento y no fue posible diferenciar si estas consultas se dan por atención resolutoria de enfermedades bucodentales que sería índice de mayor prevalencia de estas o por atenciones de detección temprana indicador positivo de prevención de las mismas.

## 2.2.2. Gobernabilidad

### Integración de la Política con los instrumentos de planificación

Hubo una incorporación “parcial” de la integración de la Política en los diferentes instrumentos de planificación, según las evidencias en los contenidos del PTS y las metas de proyectos de inversión desde la SDS, no así en otros sectores. En vista de la dificultad que se tuvo para conseguir más fuentes de información no se puede reconocer si la incorporación de la política a los planes de desarrollo fue mediada por una estrategia que buscaba dar cumplimiento al orden normativo nacional o si se trató de un resultado de la implementación de la PSOB. Al respecto funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud afirman que la incorporación de estas metas sí tuvo como horizonte la PSOB, porque en la dinámica distrital, las normas y orientaciones nacionales entran en armonía con las distritales.

### Capacidad de dirección

**Direccionamiento estratégico:** Sobre el liderazgo para implementar la Política, de manera unánime se menciona que la Secretaría Distrital de Salud dio la línea técnica para su implementación, a través de diversas actividades que van desde acompañamiento, asistencia técnica, capacitación, seguimiento, elaboración de lineamientos, procesos de auditoría, etc. La capacidad de liderazgo de la Secretaría presentó cambios durante los diferentes periodos de gobierno y se mencionó que hubo variación en la cantidad de recurso humano y económico, lo cual puede repercutir en su capacidad de acción frente a la implementación de la Política.

Un hallazgo relevante, tanto en el análisis de la estructura como en la implementación, es la ausencia de un plan de acción de la política pública durante todo su horizonte temporal y/o con ajustes cuatrianuales, toda vez que este documento es un instrumento que permite la organización, medición y valoración del cumplimiento de los objetivos, ya que contiene actividades, actualizaciones, programación anual de acciones, indicadores, tiempos de seguimiento y reporte, metas, responsables institucionales y productos.

Se observó además que el diseño de las actividades del PSPIC conversaron con las estrategias promovidas desde la PSOB; pero es necesario clarificar que el PSPIC debe aportar al desarrollo de la PSOB pero no puede reemplazar al plan de acción y así evitar que los resultados no solo se centren en la dimensión de gestión de la salud pública y prestación de servicios colectivos, situación que limita aportes relevantes en clave de determinantes intermedios y estructurales como la situación laboral de los profesionales y los imaginarios y representaciones sociales en salud bucal de la ciudadanía bogotana.

Cabe mencionar que todos los actores entrevistados manifestaron conocer documentos y lineamientos que orientaban las actividades en Salud Oral de los procesos transversales GSP y del PSPIC en los entornos (ámbitos, espacios), documentos que eran elaborados por la SDS,

con la retroalimentación de los actores que se encuentran en los territorios. Así mismo la socialización de lineamientos e instrumentos actualizados se realizó de manera clara y oportuna.

La Política de Salud Oral requería la participación de muchos actores para dar respuesta a los 4 ejes establecidos, sin embargo, cuando se indagó sobre el compromiso, comprensión y apropiación del objetivo de la política, solo se reconoce a la Secretaría Distrital de Salud como un actor líder, activo del proceso de implementación, y en menor medida otros sectores de la administración distrital, como son las secretarías de Educación y de Integración Social, y el ICBF. Es bueno anotar que dentro del modelo de aseguramiento en salud segmentado por la afiliación (régimen contributivo, subsidiado y de excepción), fue compleja su articulación y participación, sin embargo, tanto los coordinadores de servicios de salud oral de las EPS como las IPS con servicios de odontología adoptaron las guías de atención y las recomendaciones de mejorar la oferta de servicios en las zonas deficitarias de la ciudad.

Otro actor que aportó a la implementación, por su campo de acción, es la academia, sin embargo, se menciona que esta participación es limitada puesto que son necesarios recursos económicos, los cuales son escasos en el área de la salud.

De acuerdo con las voces de las personas entrevistadas, la Política centró su atención en niños, niñas, mujeres embarazadas y personas mayores, y por ende principalmente en los entornos hogar y escolar y no tanto en los entornos comunitarios y laborales desde las acciones del PSPIC. Se considera que en el documento de la Política de Salud Oral 2011-2021 no fue tan clara esta focalización.

Se pudo concluir que la política dispuso de recursos con base a la definición de las prioridades establecidas por cada gobierno (metas, actividades de los proyectos de inversión) y en el caso del PS PIC – GSP financiaban las acciones de los entornos o espacios y procesos. Esto fue corroborado también por profesionales que trabajaron en entornos escolares del PSPIC. Existe una relación entre el plan de acción y la definición de los recursos para la implementación de la política, por lo que al no tener un plan de acción esto limita la conducción y orientación programática y presupuestal para la implementación de la Política.

**Seguimiento y control:** Con respecto al seguimiento, se identifica que no existe un consenso respecto de una única herramienta que permitiera realizar el seguimiento y el control de las acciones puesto que se mencionan varios instrumentos, ya que la PPSOB estaba sujeta a las disposiciones institucionales para ello, no quedando suficientemente clara su articulación e integración como un único sistema de seguimiento y control.

Se realiza el reporte a través del Segplan según las metas y/o actividades directa o indirectamente relacionadas con la política, así como el seguimiento de las acciones colectivas que también son contribuyentes, mediante los datos obtenidos de los aplicativos de información administrados por el grupo de gestión de la información (GESI).

## Capacidad organizacional

La gestión de la Política de Salud Oral se realizó principalmente a nivel Distrital de la SDS desde el equipo funcional y en las localidades mediante la gestión de las acciones individuales y también colectivas en las ESE principalmente.

Se considera que la socialización y la democratización del conocimiento a partir de la implementación de la política de Salud Oral tuvo lugar en reuniones con IPS públicas ESE y privadas, EAPB, por ejemplo. Sin embargo, el proceso se hizo de manera intermitente con debilidades para lograr involucrar a todos los actores, sin los recursos suficientes que se requerían para esto.

### 2.2.3. Gobernanza

La Política no contó con un espacio intersectorial de seguimiento de las acciones definidas para cada uno de los ejes de la política, sin embargo, se resalta que el sector salud participa en diferentes espacios intersectoriales y logra posicionar y favorecer la implementación, análisis, planeación y toma de decisiones en materia de políticas sociales al interior del gobierno distrital. Esta participación fue verificada en los diferentes documentos analizados.

Pese a lo anterior, se logró evidenciar que las condiciones problemáticas de la Salud Oral en el Distrito de Bogotá no se han logrado posicionar como una demanda de los actores legitimadores (ciudadanía, EAPB e IPS) de la política pública y, por lo contrario, nacen de una preocupación de la autoridad sanitaria y parte del sector académico en la ciudad de Bogotá.

Se identifican mecanismos de información- comunicación y cooperación de cara a la construcción de intersectorialidad. Si bien el sector salud participa en diferentes espacios intersectoriales, para favorecer la implementación de la PPSOB no se alcanzó a desarrollar procesos de integración con otros sectores basados en estos aspectos: no hubo una planificación compartida en las acciones, en la toma de decisiones, asignación de recursos, seguimiento y evaluación, ni se establecieron mecanismos de financiación conjunta o intercambio de datos, ni se modificaron las estructuras organizativas de los sectores involucrados.

### 2.2.4. Logros de la Política

Entre los principales logros de la política se resaltan los siguientes:

Avance en las condiciones de Salud Oral (mejoría en índice COP, procesos de fluorización de niños y jóvenes), aumento de acceso y cobertura (atención prioritaria a población vulnerable, aumento en la demanda de servicios, ampliación de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, aumento en las canalizaciones efectivas y seguimientos), el involucramiento de diversos grupos sociales organizados para el desarrollo de acciones que aportan a la implementación de

la PSOB, avances en los sistemas de información y entregas de prótesis por ejemplo a población vulnerable. Reconocimiento por los beneficiarios del PSPIC de la importancia de la Salud Oral (identificación y gestión del riesgo colectivo e individual, aumento de prácticas de cuidado e higiene bucodental en entornos escolares, Institucional y hogar).

Reconocimiento como una buena práctica por parte del Ministerio de Salud de la implementación de la estrategia “Bogotá ciudad libre de caries” con él, toda vez que vinculaba el trabajo coordinado entre SDS, EAPB y otros sectores (Secretaría de Educación del Distrito) y comunidad educativa de los colegios. Propuesta que pretendía mejorar la calidad de la atención, articular las acciones colectivas e individuales y buscar una atención integral con la ampliación del tiempo de atención, por ejemplo.

De otra parte, se identificaron algunas limitaciones frente a la implementación de la política tales como:

- El modelo de atención se diseñó, pero no se pudo desplegar en los territorios por temas de contratación entre las EAPBS y las IPS.
- Las investigaciones realizadas no tuvieron una amplia divulgación, y hubo pocos recursos para ello.
- Disminución del talento humano que tuvo consecuencias en la no continuidad y reducción de actividades, el recorte de recursos y en consecuencia la disminución en el control de la placa bacteriana en las acciones colectivas
- No contar con suficientes recursos pese a que el equipo de Salud Oral de la Secretaría Distrital de Salud realizó gestiones para ello que permitieran por ejemplo adecuar espacios de atención, mejorar ofertas institucionales entre otros.

Adicionalmente como lección aprendida se resalta la importancia de documentar todas las gestiones hechas, esto con la finalidad de evidenciar que sí hubo un proceso independientemente de su resultado: *“el mayor error nuestro es que nunca escribimos y eso se volvió un lío. Había que documentar, había que escribir, hacer los artículos”* (Actor No. 01 Distrital).

### **3. Análisis de evaluabilidad y evaluación de efectos de la PSOB 2011-2021**

El análisis de la evaluabilidad de efectos de la Política de Salud Oral de Bogotá D. C. con participación social para el decenio 2011-2021, consiste en determinar si la evaluación de efectos de la Política es justificada, viable y puede proporcionar información útil. Con base en los hallazgos de los análisis de estructura e implementación, se busca establecer si las características del diseño de la Política favorecen o limitan la evaluación de sus efectos, y si existe evidencia disponible para el seguimiento y verificación de los efectos generados en torno a la Política.

Se planteó como objetivo general analizar la evaluabilidad de efectos atribuibles de las acciones de la “Política de Salud Oral de Bogotá D. C. con participación social para el decenio 2011-2021”, el cual se desplegó en los siguientes objetivos específicos:

- Valorar la evaluabilidad en principio para los efectos atribuibles de las acciones de la política.
- Valorar la evaluabilidad en la práctica para los efectos atribuibles de las acciones de la política.
- Proponer alternativas y mecanismos ante los hallazgos esperados de la evaluabilidad.

### 3.1. Método para el análisis de la evaluabilidad de efectos de la política

La metodología utilizada fue la Evaluación de Evaluabilidad (EE). Esta ayuda a identificar si un programa es susceptible de ser evaluado y si la evaluación producirá resultados significativos y valiosos. La EE aborda dos aspectos complementarios entre sí: por una parte, examina si una política puede ser evaluada en su estado actual con base en el diseño y estructura de la política (evaluabilidad en principio); por otro lado, la EE examina si los datos o la información relevante están disponibles para la evaluación (evaluabilidad en la práctica).

#### 3.1.1. Evaluabilidad en principio

La evaluabilidad en principio se desarrolló a partir de un protocolo de evaluabilidad desarrollado por el gobierno de Navarra, que contiene un instrumento para la captura y análisis de la información, el cual se ajustó de acuerdo con las características de la Política. Contiene dos dimensiones a analizar:

**Calidad de la Planificación:** La información que se tomó como base por los evaluadores fueron los resultados del análisis de la estructura y de implementación y se complementó con entrevistas y talleres con los actores. En esta dimensión se analizaron seis categorías: el diagnóstico y contexto de la Política; la definición del problema; la definición de objetivos; la lógica de la intervención; actores y mecanismos de participación y mecanismos de implementación.

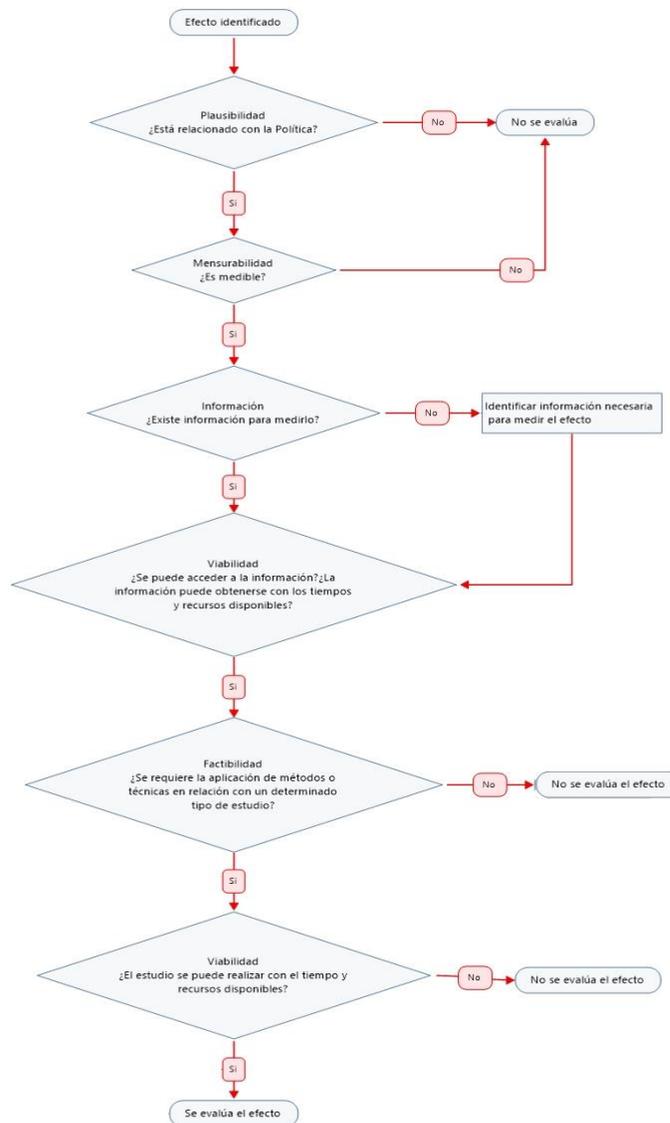
**Sistema de información:** En esta dimensión se analizó por los evaluadores si el sistema de información y de seguimiento dispuestos por la Política facilitarían la realización de la evaluación de efectos, teniendo en cuenta los resultados del análisis de estructura e implementación de la Política.

Para el análisis de las dimensiones identificadas se construyó un cuestionario de evaluabilidad que consistió en una herramienta, empleada generalmente en la EE, que agrupa una serie de preguntas que son sometidas a análisis para determinar el grado en que las características de una Política favorecen o no un ejercicio de evaluación.

### 3.1.2. Evaluabilidad en la práctica

Con la cadena de valor se identificaron los efectos esperados derivados de las acciones y productos que se implementaron y que contribuyeron al cumplimiento de objetivos de la política durante su vigencia. En este sentido, el principal insumo para el análisis de evaluabilidad consistió en los resultados identificados en el análisis de implementación de la Política. Para la verificación de estos criterios se construyó un algoritmo de decisión para determinar la evaluabilidad de los efectos identificados:

**Figura 6. Algoritmo de decisión para determinar la evaluabilidad de los efectos identificados**



*Fuente: elaboración propia*

### 3.2. Resultados del análisis de evaluabilidad y evaluación de efectos de la PSOB 2011-2021

El análisis de evaluabilidad se dio en relación con los resultados intermedios o efectos atribuibles, a las acciones de la Política con base en la información cualitativa del análisis de estructura, implementación y seguimiento, porque los efectos están influidos por la calidad de la planificación y de la implementación de las acciones y la entrega de bienes y servicios a la población, o sea que tienen relación con los resultados directos. De igual forma partió de reconocer y establecer las limitaciones o posibilidades de evaluación de efectos atribuibles a la política.

Según los resultados de evaluabilidad no fue posible realizar análisis de efectos atribuibles de las acciones de la política en su conjunto, pero si análisis de efectos contribuyentes de algunas acciones de la política a cambios de algunas situaciones problemáticas.

Es de precisar que en el año 2020 se evaluó para la vigencia PSPIC del año 2018 (Julio a 3 de marzo de 2019) la intervención “Mejores prácticas en Salud Oral” con base en el análisis de los datos suministrados por la Secretaría Distrital de Salud y que fueron registrados por cada subred integrada de servicios de salud ESE respecto de la implementación y seguimiento de la misma. Los resultados analizados *mostraron la efectividad de la intervención Mejores prácticas en Salud Oral, mediante la disminución del índice de placa bacteriana*. La intervención llegó a instituciones educativas en 19 de las 20 localidades de Bogotá en sus jornadas completa, mañana y tarde. Intervino a NNA de ambos sexos en una proporción similar al 50% logrando más de 64.500 individuos.

El comportamiento de los eventos priorizados de enfermedad bucal ha mantenido un comportamiento similar durante los 14 años de análisis, exceptuando el año 2020, por el tema de la pandemia por COVID-19. Al contrastar estos datos con los reportados por en SALUDATA cuya fuente es SISVESO, se observa el mismo comportamiento del 2010 a 2022.

La gingivitis de acuerdo con los datos analizados por RIPS tiene mayor presencia en la juventud con un total de 1.414.304 de personas atendidas y adultez con 1.229.355 para el periodo analizado, comportamiento similar a lo reportado en SALUDATA: *la gingivitis se presenta en todos los grupos de edad, sin embargo, tiene una mayor presencia en la juventud 27,1% y adultez 24,3%*.

La caries cavitacional es importante señalar que se ve un aumento de personas atendidas en el grupo de 6 a 9 años durante el periodo 2019 a 2022, y en comparación con lo reportado en SALUDATA, los datos son similares, porque se ha evidenciado un aumento en primera infancia e infancia. Es de resaltar que esta situación *genera una alerta puesto que la caries cavitacional en los primeros años de vida conlleva consecuencias como: infecciones, lesiones no cariosas y hasta perdidas dentales; esta última, causa disminución en el crecimiento y desarrollo de los maxilares puesto que los dientes estimulan el crecimiento, así mismo, la perdida dental ocasiona*

*bajo peso del niño y deterioro de aspectos nutricionales puesto que limita procesos de masticación que se ven reflejados en la incapacidad de ingerir la mayoría de los alimentos, de otra parte, la comunicación específicamente el habla también se ve afectada por la pérdida de dientes ya que limita la articulación y producción de fonemas en especial los interdentes (s), los aspectos anteriormente señalados afectan el área psicológica y psicosocial del menor, puesto que influye de manera negativa en su autopercepción de la sonrisa y autoestima limitando su desarrollo psicosocial e interacción con sus pares para realizar actividades como jugar, comer y sonreír.*

La caries no cavitacional (lesión de mancha blanca) para el periodo analizado en total se atendieron a 130.868 personas en el ciclo adultez y juventud con 51.051, en cambio con lo reportado en SALUDATA la prevalencia es mayor en los jóvenes con el 26,0% y en adolescentes con el 21,4%. La prevalencia de periodontitis aguda se presentó en el ciclo adultez con 84.068 personas atendidas y en personas mayores de 60 años con 33.636.

Es de resaltar que la fluorosis es un evento de interés en salud oral para el Distrito porque *“afecta los dientes temporales y permanentes, produciendo así hipocalcificación e hipomineralización dental que conllevan al aumento de la porosidad del esmalte lo que a su vez favorece la aparición de caries”* (91). De acuerdo con los resultados del análisis de los RIPS el mayor número de casos se presentaron en el grupo de edad de 19 a 26 años con un total para el periodo 2009 a 2022 de 4.599 personas atendidas y 2.414 adolescentes, en contraste con SALUDATA, *los resultados obtenidos en la vigilancia el 37,3% de los casos notificados corresponden a adolescentes y el 30,6% a la juventud, lo que se relaciona con la consulta tardía ante la aparición de la fluorosis y el uso e ingesta de crema dental con flúor en edades tempranas debido a desconocimiento, al igual, que el consumo de alimentos con un alto contenido de flúor (agua, sal) que promueven la aparición de la fluorosis, así mismo, las mujeres 62,3% son las que más presenta esta condición.*

Las mujeres son las que más consultan los servicios de odontología, sin embargo, aunque proporcionalmente fue superior para la mayoría de los indicadores, al comparar la proporción de hombres y mujeres de cada grupo según el sexo las diferencias son mínimas.

De igual manera se encontró que problemas odontológicos como la caries cavitacional y la caries no cavitacional (lesión de mancha blanca) y gingivitis tienen proporciones altas entre el grupo de edad de 6 a 9 años.

Con relación al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y a la naturaleza de la institución en todos los casos de protección específica y los eventos priorizados de enfermedad bucodental es el régimen contributivo y las instituciones privadas las que presentan las mayores proporciones de personas atendidas sobre el total de personas atendidas para cada indicador.

#### **4. Propuesta para orientar la gestión del sector salud en la toma de decisiones sobre las alternativas técnico-políticas para la acción pública en relación con el problema atendido desde la Política Pública “Salud Oral de Bogotá, D. C. con participación social para el decenio 2011-2021”**

La construcción de esta propuesta se realiza a partir de los principales resultados del análisis de estructura, implementación, evaluabilidad y evaluación de efectos de la “Política de Salud Oral”, realizado por iniciativa y con recursos del sector salud, los cuales pueden ser consultados a profundidad en sus documentos respectivos, y, además, del reconocimiento y análisis de elementos requeridos para la transformación del problema central del cual se ocupó dicha política, desde los contextos actuales internacional, nacional y distrital.

Se precisa que se solicitó a los evaluadores elaborar una propuesta de la mejor alternativa técnico-política para continuar abordando la salud bucal, la prevención y atención de las enfermedades bucales y sus consecuencias; y al respecto se acordó desde el equipo de trabajo de OPS, SDS y Salutia que orientó técnicamente la evaluación, que era más conveniente establecer algunos de los criterios o elementos de carácter político y técnico que sería necesario que sean considerados por los tomadores de decisión de la SDS para definir el instrumento para continuar la acción pública frente al problema.

Se aclara que independientemente de que la SDS use el término de “salud oral” porque desde antes del 2004 ha mantenido esta denominación, que va más allá de las patologías bucales y dentales, que por su puesto incluye la salud bucodental, pero trasciende a componentes de la integralidad del ser humano, que refleja y afecta lo psicológico y social, (entendido así, años atrás por personas de la comunidad y algunos sectores), en donde este concepto se construyó y se consensuó en el marco de la política de salud oral, y de acuerdo con el análisis del marco conceptual de la “Política de Salud Oral” se evidenció la necesidad de mayor claridad sobre la pertinencia de su uso, por tal razón, en este capítulo se utilizará los términos consensuados de “enfermedad bucodental” para referirse al problema del que se ocupaba la política y a “salud bucal”.

##### **4.1. Reconocimiento del ecosistema distrital de políticas en cuanto a la acción pública relacionada con la promoción de la salud bucal y la prevención y atención de la enfermedad bucodental**

El horizonte temporal de la “Política de Salud Oral” terminó en 2021, sin embargo, se entiende que se han continuado las acciones, en el marco de lo planteado en su formulación, porque se garantizaron recursos para su ejecución durante la vigencia del actual plan de gobierno, que culmina en junio de 2024 porque el problema público sigue vigente, en lo que se refiere a la gestión de la SDS para la coordinación interinstitucional de la ejecución de las acciones colectivas, la vigilancia y control de los servicios de atención y la de los eventos seleccionados de interés en salud pública dentro de este grupo de enfermedades y la gestión para la salud

bucal a nivel distrital y local, entre otras. Así mismo, teniendo en cuenta que las acciones de prevención y atención de la enfermedad bucodental las planean y ejecutan actores públicos y privados, en el marco de normativas que les dan obligaciones de acción para su ejecución las políticas de atención sanitaria y de organización de modelos de atención a través del Plan de Beneficios del SGSSS, estas también siguen ejecutándose, al margen de la vigencia finalizada de la Política.

Sin embargo, habiéndose realizado el análisis y evaluación de la “Política de Salud Oral”, por iniciativa y con recursos de la SDS, y, con base en conclusiones y recomendaciones surgidas de la misma, la SDS debe reconocer las actuales condiciones políticas, administrativas y organizacionales del Distrito en general, y del sector salud en particular, para tenerlas en cuenta en la toma de decisiones sobre el instrumento más conveniente y adecuado para potenciar la acción pública, dada la permanencia de las condiciones generadoras y del problema de la enfermedad bucodental y su afectación a la calidad de vida de los habitantes de Bogotá.

Para poner en agenda del equipo directivo de la SDS la toma de decisión señalada anteriormente; previamente el equipo técnico interdependencias de esta entidad, orientador de las acciones para prevención y atención de la enfermedad bucodental y la promoción de la salud bucal, deberá precisar con detalle, qué tanto el actual ecosistema distrital de políticas limita o favorece la acción pública, tanto para las condiciones generadoras, como para el problema del que se ocupaba la “Política de Salud Oral”, dado que las conclusiones que surgieron del análisis y evaluación de ésta, indicaron que es necesario trascender la lógica que se dio en el momento de la formulación de la Política, cuando solo se identificaron diversas situaciones problemáticas visibles relacionadas con la magnitud y severidad enfermedad bucodental y no se profundizó en las dinámicas de su causalidad, y en consecuencia, no se identificaron claramente las condiciones generadoras para que los objetivos de la Política las recogieran, las alternativas de solución los reflejaran y tuvieran, por ello, responsables y recursos para su implementación. Lo anterior, no quiere decir que necesariamente no se realizaron estas acciones, sino que estas no hicieron parte de la Política, pero probablemente si, de otras políticas existentes en el momento.

Así mismo, como también se identificó que las principales motivaciones para la acción fueron la superación de las deficiencias de las soluciones que ofrece el sistema sanitario a través del modelo de atención para la prevención y la atención de la enfermedad bucodental, sería necesario fortalecer soluciones en el sector salud con la participación activa de otros sectores y en contextos de acción diferentes donde otros actores gubernamentales o sociales pudieran ser protagonistas en la promoción de la salud bucal. A continuación, como primer paso para orientar la gestión que debería desarrollar la SDS para continuar favoreciendo la acción pública frente al problema de la “Política de Salud Oral” se presenta una primera aproximación, por tanto general, a algunas de las políticas públicas, planes distritales existentes, reconocidas como instrumentos de acción pública, diseñados por diferentes entidades distritales, a fin de reconocer el contexto actual para modificar las condiciones generadoras y mejorar la atención del problema.

Se realizó el ejercicio, en primer lugar, para aquellas políticas distritales que en alguno de sus ejes de acción pudieran abordar soluciones a problemas generadores indirectos o directos de la enfermedad bucal para visualizar en ellas las líneas de acción o estrategias generales contribuyentes a la transformación de la misma. A la par, las que podrían estar asumiendo acciones protectoras de la salud bucal.

En segundo lugar, para los planes distritales del sector salud a fin de verificar en ellos la existencia de ejes de acción donde esté incluida la promoción de la salud bucal y la prevención y la atención de las enfermedades crónicas, dado que la bucodental se considera una de ellas, y que estos pueden ser contenedores de acciones aplicables, aun cuando en este momento no sean visibles, las especificidades, en el entendido de que en la mayoría de las veces es a nivel de las definiciones operativas de los programas que los constituyen, que estas se materializan y donde se pueden precisar las acciones concretas para uno u otro evento de interés en salud pública, dentro de este grupo de enfermedades bucodentales.

Finalmente, se cotejan los ejes, líneas, estrategias, programas de las políticas poblacionales intersectoriales con los de las políticas intersectoriales y sectoriales para identificar si y como, se han incluido las acciones generales, tanto promocionales de la salud, como preventivas y de atención de las enfermedades (o particulares para salud bucal y enfermedad bucodental) que en éstas se plantearon, como parte de la apuesta de esas políticas por mejorar la calidad de vida de las poblaciones que atienden.

#### **4.2. Gestión Institucional de la Secretaría Distrital de Salud previa a la toma de decisiones sobre la o las alternativas técnico-políticas como instrumentos de acción pública**

##### **4.2.1. Profundizar el análisis del contexto distrital para hacer que las situaciones problemáticas se escalen a una agenda pública**

Con base en los hallazgos del reconocimiento del ecosistema distrital de políticas puede decirse que si bien la situación problemática que abordó la “Política de Salud Oral” relacionada con la prevalencia de las enfermedades bucales, en específico, no es visible en las políticas poblacionales, como parte de los problemas que estas identifican en las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad que quieren favorecer, si estarían implícitas, en cuanto en todas se señala la prevalencia de enfermedades y la mortalidad afectándolas, sin excluir ninguna de ellas. De igual manera, teniendo en cuenta que en todas las políticas gubernamentales para la atención de población en condiciones de vulnerabilidad se incluye la garantía del derecho a la salud, entendido como el derecho a la atención sanitaria, la acción del sector salud para responder a las necesidades de estas ante la situación problemática, además, ésta estaría siendo incluida.

Así mismo, la información aportada por la evaluación de la “Política de Salud Oral”, referida a los indicadores de prevalencia de atención por eventos priorizados dentro del grupo de enfermedades bucales permite ratificar que estas son prevalentes en todos los grupos de edad y en toda la población y, no solamente en la que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad. Para la población que no es destinataria de las políticas mencionadas, por no encontrarse en condiciones de vulnerabilidad, se viene garantizando el derecho a la atención a través del plan de beneficios por los actores del sistema general de seguridad social, de acuerdo con las normas vigentes, como lo muestran los indicadores de demanda atendida, ya mencionados.

De igual manera, teniendo en cuenta que el Plan Estratégico y Operativo para el Abordaje Integral de la Población Expuesta y/o Afectada por Condiciones Crónicas está vigente y materializa las políticas nacionales de atención de estas enfermedades dentro de las que se encuentran las bucales, a través del nodo de atención en salud en concordancia con el Modelo de Atención para la Población con Condiciones Crónicas propuesto por la SDS, es claro que las enfermedades bucales están en la agenda gubernamental en Bogotá.

Otra situación problemática planteada en la “Política de Salud Oral” como es la relacionada con la pertinencia, suficiencia, oportunidad de las acciones de detección temprana y protección específica para estas enfermedades incluidas en la Política y el Modelo de Atención se estarían tratando de superar desde el Modelo Territorial de Salud para el Distrito Capital con énfasis en territorios priorizados. Es decir, estas situaciones problemáticas estarían haciendo parte de la agenda gubernamental.

No obstante, en la medida en que la atención sanitaria adecuada para las enfermedades bucales debe abarcar por igual a toda la población y esto requiere la participación de algunos actores relevantes de carácter no gubernamental porque hacen parte del sistema sanitario y son responsables de garantizar el derecho a la atención, con metas al respecto, dado que administran recursos públicos, puede decirse que de alguna manera las situaciones problemáticas están más allá de la agenda gubernamental.

Sin embargo, teniendo en cuenta las conclusiones del análisis de la “Política de Salud Oral” que señaló que la autoridad sanitaria hizo énfasis tanto en su formulación como en su implementación en las relaciones con los actores públicos adscritos a la SDS y que el papel de las comunidades, las EAPB, sus redes de prestación no fue lo suficientemente claro, ni reconocido en la modificación de las situaciones problemáticas y que con base en ello, los evaluadores recomiendan que la SDS fortalezca la gobernanza con estos y otros actores sociales relevantes, para que mejore la comprensión del problema y se dimensione de forma adecuada su relevancia en la sociedad bogotana y aparezca clara y adecuadamente en la agenda pública, la SDS debe ante la necesidad de definir un instrumento de acción pública subsanar las limitaciones mencionadas de gobernanza y gobernabilidad.

Adicionalmente, deben reconocerse las limitaciones para que todos los sectores a través de las diversas políticas visibilicen el problema y asuman desde sus competencias en la dimensión adecuada las acciones necesarias para modificarlo, dado que las acciones están centradas en las responsabilidades de pocos sectores, perdiéndose la intersectorialidad requerida. Se requiere así mismo, que las acciones de atención a ejecutar se contrasten en sus características, con las recomendaciones de ajuste que surgieron del análisis y la evaluación de la “Política de Salud Oral”.

#### **4.2.2. Elevar a problema público las situaciones problemáticas o problema abordado por la Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C. con participación social para el decenio 2011-2021.**

La Secretaría Distrital de Salud viene reconociendo desde hace varios años, las enfermedades bucales como una situación problemática y alrededor de ella, algunas situaciones causales indirectas relacionadas con las condiciones adversas en los servicios sanitarios para lograr su adecuada atención, detección temprana, protección específica y prevención, en cuya solución ha centrado la acción. En el análisis de la formulación de la “Política de Salud Oral” se identificó que esta forma de abordar la situación problemática prevaleció y que, aunque se reconocen las causas directas, la política no desarrolló cursos de acción en relación con ellas, siendo las críticas para abordar, a fin de modificar la situación problemática. Por ello, los evaluadores recomendaron a la SDS que realice un ejercicio para mejorar la estructuración del problema público, que permita visibilizar estas causas directas y alternativas de solución al respecto. Como ya se dijo, esto no implicó que desde otros instrumentos de acción pública las soluciones no se estuvieran implementando.

Para dar curso a este trámite la SDS deberá considerar que al ser complejizada la situación problemática las principales condiciones generadoras directas están siendo transformadas por la acción de otras políticas intersectoriales como se identificó en la revisión del ecosistema distrital de políticas. En concreto, la inseguridad alimentaria y nutricional, las prácticas alimentarias con exceso de ingesta de alimentos y bebidas con altos contenidos de azúcares libres, las deficientes prácticas saludables relacionadas con hábitos de higiene cotidianos deficientes, la deficiencia en el acceso a servicios de saneamiento y al agua potable, el consumo de tabaco y de alcohol y sus determinantes comerciales, que consisten en las estrategias utilizadas por algunos agentes del sector privado para promocionar productos y opciones perjudiciales para la salud, como la comercialización, publicidad y venta de productos de tabaco son objeto de políticas como las de seguridad alimentaria y nutricional, prevención de consumo de sustancias psicoactivas, educación, cultura.

Así mismo, otras políticas como la de superación de la pobreza, se estaría ocupando de abordar o afectar condiciones estructurales que determinan la aparición de estos determinantes que llevan a la afectación de la salud en general y a la salud bucal, en particular.

Este contexto distrital aquí detallado puede influir en que los tomadores de decisiones, en especial la Secretaría Distrital de Planeación, la Secretaría Distrital de Salud, el CONPES no consideren necesaria, pertinente, viable, ni factible la construcción de una política para una situación problemática cuyas causas directas e indirectas hacen parte del problema público, y que de alguna manera son abordadas por las políticas existentes, como por ejemplo las políticas poblacionales que se centran en el no reconocimiento o violación de derechos, como el de la salud, las cuales materializan las acciones de todas las políticas en beneficio de la población más vulnerable y las políticas intersectoriales que se enfocan en las condiciones generadoras indirectas de las enfermedades bucodentales y, como también, en las acciones individuales y colectivas enmarcadas en el Modelo Territorial de Salud del Distrito Capital.

En este sentido una valoración de estas entidades podría argumentar el no cumplimiento de los criterios de pertinencia definidos por SDP para que un problema requiera una política, toda vez que estos ya fueron cumplidos por otros instrumentos de acción pública que abordan las situaciones problemáticas y sus causas, al estar el problema ya intervenido desde lo público con la cooperación privada y en todo caso, debe seguir siendo así a través del tiempo con políticas y planes desde los diferentes sectores que ya lo vienen haciendo. Esta hipótesis se plantea dado el ejercicio previo de justificación que deben hacer los sectores (ya que se identificaron los puntos de intersección con las políticas analizadas y que permitan dar respuesta intersectorial coordinada al problema) para que les sea aprobado por los entes mencionados la formulación de una política, decisión que estos toman ante la inexistencia de instrumentos de acción pública que aborden un problema considerado público.

#### **4.2.3. Marco referencial y conceptual para orientar la toma de decisiones sobre las alternativas técnico-políticas para la acción pública**

##### **Alternativa técnico – política**

Las alternativas técnico-políticas son el abanico de opciones de instrumentos para la acción pública -IAP-, su desarrollo implica la colaboración entre expertos técnicos, científicos, profesionales y responsables políticos, con el objetivo de generar las soluciones más equilibradas, adecuadas, efectivas y sostenibles para la atención de los desafíos sociales. Al considerar tanto los aspectos técnicos como los políticos, se busca alcanzar un equilibrio entre la eficacia técnica y la legitimidad política, con el fin de lograr resultados aceptables para todas las partes involucradas.

En general, los IAP mencionados se utilizan de manera combinada y adaptada a las necesidades y objetivos específicos de cada situación, con el fin de promover el bienestar y el desarrollo de la sociedad en su conjunto. Es de resaltar que Salomón (2002) propone una serie de características que definen los IAP y sirven como puntos de análisis: direccionalidad; automaticidad; coerción; visibilidad. Es de precisar, que un IAP establece relaciones sociales específicas entre las autoridades, los actores que pueden contribuir a las acciones y los

beneficiarios. Esto implica una interacción continua entre los actores involucrados para evaluar su cumplimiento.

Para la elección de los instrumentos para la acción pública se debe considerar el contexto, las necesidades y los bienes y servicios relacionados con los problemas sociales. Lo anterior implica que la elección de un instrumento no siempre se basa en un cálculo racional, pues con frecuencia, los responsables de formular políticas siguen sus percepciones e ideas preexistentes. Según Linder y Peters, estas percepciones, aunque subjetivas, pueden entenderse en función del valor relativo que los responsables de formular políticas asignan a cuatro elementos: "1) intensidad de los recursos, que incluye atributos como el costo administrativo y la simplicidad operativa; 2) determinación de objetivos, que abarca la precisión y la selectividad; 3) riesgo político, compuesto por atributos relacionados con el apoyo y la oposición, como la visibilidad pública; 4) restricción, que incluye la coerción y los principios ideológicos que limitan la actividad gubernamental". Mientras que los puntos 1 y 2 destacan los aspectos técnicos de la selección de instrumentos, los puntos 3 y 4 resaltan los aspectos políticos y sociales.

Un buen análisis técnico - político de instrumentos también debe comprender cómo se involucran una pluralidad de actores públicos, semipúblicos y privados en la solución de problemas públicos dentro del ámbito político. En este sentido, los instrumentos son inherentemente políticos y constituyen la base de las relaciones entre el Estado y la comunidad.

### **Toma de decisiones para la acción pública**

Es un proceso crucial para los gobiernos y las organizaciones que se dedican a la administración pública. Implica la selección de cursos de acción entre varias alternativas para abordar problemas o desafíos específicos que afectan a la sociedad en general.

La lógica de las decisiones puede ser entendida en tres tipos dentro de una organización: decisiones no segmentadas, donde cualquier actor de política pública puede participar en la elección del curso de acción; decisiones jerárquicas, en las que los actores y las decisiones están organizados jerárquicamente según los recursos disponibles; y las decisiones especializadas, en las que la estructura está diseñada de manera que los actores responsables de la toma de decisiones se especializan en las elecciones que deben abordar según las atribuciones legales y administrativas en el ámbito de las políticas públicas. No obstante, las decisiones no se toman exclusivamente siguiendo uno de los tres modelos, sino que son el resultado de combinaciones. Así hablamos de tres formas que pueden adoptar las decisiones: por propósito; por descuido, por traslape.

Si bien este modelo de toma de decisiones no resuelve completamente los problemas, sí proporciona un marco analítico para comprender cómo se configuran los problemas públicos y su relación intrínseca con la gama de opciones de intervención, incluso cuando las

organizaciones se caracterizan por una alta ambigüedad en relación con los problemas, los actores, las decisiones y las oportunidades de elección.

#### 4.2.4. Componente técnico científico de los instrumentos para la acción pública

Se refiere a la aplicación de conocimientos especializados y basados en evidencia para informar y respaldar la toma de decisiones y la implementación de la acción pública. Implica el uso de enfoques científicos, datos, métodos de investigación y análisis rigurosos para comprender y abordar los desafíos y problemas que enfrenta la sociedad. Una de las etapas más importantes para la definición de una IAP es determinar el problema o la situación problemática, de hecho, para que el problema dé lugar a una política pública que intente darle solución, se debe cumplir la condición de que exista una definición precisa del problema público, sin esto, no se puede hablar estrictamente de política pública. ***Esto exige pasar de una situación problemática a la definición del problema público.***

Así, la definición de un problema público implica comprender su naturaleza, causas, componentes y consecuencias. La definición del problema público implica varios aspectos como el uso de la evidencia; los resultados del análisis y evaluación de políticas; y la experticia técnica. Adicionalmente, el componente técnico científico se relaciona con la capacidad técnica de los niveles de gobierno, también conocida como la dimensión técnico-gerencial de la gobernanza, que se refiere al conjunto de condiciones técnicas, operativas y gerenciales que garantizan la eficacia de la actividad directiva en la formulación e implementación de políticas públicas. En este proceso, la toma de decisiones se basa en información, conocimiento experto, habilidades tecnológicas y competencias gerenciales específicas. Se realiza la estimación y asignación de recursos, la determinación de compromisos, la distribución de autoridad y trabajo, así como las actividades de coordinación, seguimiento y evaluación de actividades, productos y resultados.

#### 4.2.5. Componente político- organizacional de los instrumentos para la acción pública

Se refiere a los aspectos relacionados con el entorno político y la estructura organizacional en el contexto de la toma de decisiones para la formulación e implementación de la acción pública. Incluye factores políticos, culturales y organizativos que influyen en el proceso y los resultados de la acción pública. Algunos elementos clave de este componente son los factores políticos, la participación ciudadana; la estructura organizacional (de las instituciones públicas); la cultura organizacional (valores y prácticas dentro de una organización pública); y el contexto institucional y legal. Es importante resaltar que el componente político-organizacional en la acción pública es esencial para comprender cómo se desarrollan los instrumentos, cómo se toman las decisiones y cómo se implementan las acciones. El reconocimiento de estos aspectos ayuda a abordar los desafíos políticos y organizacionales que pueden surgir en el proceso de acción pública y mejorar la capacidad de los gobiernos y las organizaciones públicas para lograr resultados efectivos.

### 4.3. Elementos esenciales que debe considerar el nuevo instrumento de acción pública sobre el problema del que se ocupaba la Política Pública de Salud Oral

#### 4.3.1. Elementos técnico-científicos

##### Contexto

El análisis del contexto internacional, nacional y distrital permite tener un panorama general de cómo se aborda el problema público del cual debe ocuparse el instrumento de acción pública.

**En el contexto internacional,** En 2021, la 74.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA74.5 donde se afirma que la salud bucodental debe estar sólidamente anclada en la lucha contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y que las intervenciones en esta esfera deben incluirse en los programas relacionados con la cobertura sanitaria universal. Se recomendó abandonar la tradicional lógica curativa y adoptar una lógica de promoción de la salud bucal en la familia, la escuela y el lugar de trabajo y preventiva de las enfermedades bucodentales, que incluya una atención oportuna, integral e inclusiva dentro del sistema de atención primaria. En 2022, la 75.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó la estrategia mundial sobre salud bucodental, cuya visión es la cobertura sanitaria universal de todas las personas y comunidades para 2030. Convocó a un cambio de paradigma en las políticas y la planificación de la salud bucal, para pasar de los modelos biologicistas- morbicéntricos a modelos con perspectiva de promoción de la salud y en los cuales además prevalezca: la cobertura universal, el incentivo de prácticas de autocuidado, fortalecimiento de los entornos saludables y la acción comunitaria para fortalecer la estructura socio sanitaria.

Otro referente, es el propuesto por la Federación Internacional Dental - FDI en el 2016, este dice que las políticas sanitarias nacionales deben reflejar la salud bucodental como un derecho humano fundamental inseparable de la salud general. Es así como se crea la premisa de que la salud bucal se relacione con todas las políticas en salud.

A fin de ayudar a los países a llevar a la práctica la estrategia mundial, se elaboró un plan de acción en enero de 2023 detallado, que incluye un marco de seguimiento de los progresos realizados, con metas cuantificables que deberán alcanzarse para 2030.

Las principales orientaciones conceptuales del plan de acción van dirigidas a reconocer que la salud bucal “Permite a las personas realizar funciones básicas, como comer, respirar y hablar, y favorece dimensiones psicosociales de la vida, como la confianza en uno mismo, el bienestar y la capacidad de socializar y trabajar sin dolor, incomodidad ni vergüenza. La salud bucodental varía a lo largo de la vida, desde la edad temprana hasta la vejez, es parte integral de la salud general y ayuda a las personas a participar en la sociedad y alcanzar su potencial.”

Los seis objetivos estratégicos de la estrategia mundial sobre salud bucodental son:

- Objetivo estratégico 1: Gobernanza de la salud bucodental – Incrementar el compromiso político y en materia de recursos con la salud bucodental, reforzar el liderazgo y crear asociaciones beneficiosas para todos dentro y fuera del sector sanitario.
- Objetivo estratégico 2: Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales – Posibilitar que todas las personas alcancen la mejor salud bucodental posible, y abordar y reducir los determinantes sociales y comerciales y los factores de riesgo de las enfermedades y afecciones bucodentales.
- Objetivo estratégico 3: Personal de salud – Desarrollar modelos innovadores de personal y revisar y ampliar la educación basada en competencias para responder a las necesidades de salud bucodental de la población.
- Objetivo estratégico 4: Atención de la salud bucodental – Integrar la atención esencial de salud bucodental y garantizar la protección financiera y los suministros esenciales en la atención primaria de salud.
- Objetivo estratégico 5: Sistemas de información sobre salud bucodental – Mejorar los sistemas de vigilancia y de información sobre salud para que las instancias decisorias reciban observaciones pertinentes de manera oportuna sobre salud bucodental que les sirvan para formular políticas con base empírica.
- Objetivo estratégico 6: Agendas de investigación en salud bucodental – Desarrollar y actualizar de forma continuada investigación específica del contexto y de las necesidades centrándose en los aspectos de salud pública relativos a la salud bucodental.

El cumplimiento de estos objetivos debe permitir cumplir con las siguientes metas:

A. Cobertura Sanitaria Universal: Para 2030, el 80% de la población mundial tendrá derecho a recibir servicios esenciales de atención de salud bucodental y B: Reducción de la carga de morbilidad bucodental: Para 2030, la prevalencia mundial combinada de las principales enfermedades y afecciones bucodentales a lo largo del curso de la vida experimentará una reducción relativa del 10%. Para cada objetivo se definen respectivamente esferas de actuación relacionadas con 1. gobernanza, 2. promoción de la salud bucal, 3. prevención de las enfermedades bucodentales, 4. personal de salud, 5. atención de salud bucodental, 5. sistemas de información sobre salud bucodental, agendas de Investigación en salud bucodental.

Teniendo en cuenta el panorama problemático de las enfermedades bucales, en el año 2006, países de Latinoamérica plantearon la necesidad de constituir políticas públicas permanentes, con participación de diferentes sectores (acción intersectorial) para la promoción de la salud bucal a través de análisis críticos de sus referentes conceptuales, del fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológicos, con reorientación de los servicios sanitarios; aplicación de mecanismos de comunicación para el posicionamiento político y prevención del riesgo, socialización de experiencias para la apropiación social del conocimiento.

En el plano internacional latinoamericano (Brasil, Costa Rica y Chile), se puede concluir que en general tanto las políticas como los planes formulados por los países en Latinoamérica, contemplan la salud bucal como dimensión relevante de la salud. Dado el panorama de las enfermedades y afecciones bucales, las cuales continúan ubicándose en las principales causas de morbilidad, y la sumatoria de las condiciones crónicas que pueden verse alteradas o agravadas por la presencia de patologías bucales, a lo que se le suma la creciente presencia de lesiones premalignas y cáncer bucal con claros aportes a las cifras de mortalidad, garantizar su prevención y atención se considera que hace parte de la garantía del goce efectivo a la atención sanitaria, en clave de universalidad y progresividad.

Así mismo, los países han optado por políticas públicas las cuales son producto de la necesidad de lograr acuerdos sociales a desarrollarse en el tiempo, para que con fundamento en ellas a través de instrumentos de planeación gubernamentales como planes o programas que remiten a una construcción técnica (que no niega el componente político), se cristalicen sus orientaciones con las adaptaciones requeridas a nivel de territorios subnacionales dado que estos son los responsables de establecer las prioridades de la intervención definir el marco institucional y asignar los recursos para su puesta en práctica. Esto garantiza la coherencia vertical entre ámbitos de gobierno según competencias. La búsqueda sobre la construcción o existencia de políticas subnacionales para territorios como ciudades o regiones no permitió tener conocimiento de la existencia de este tipo de políticas.

En cuanto a la actualización de las orientaciones estratégicas de la FID y la OMS puede decirse que la “Política de Salud Oral “que terminó su vigencia, las recogía previamente de alguna manera.

**En el contexto nacional**, es importante resaltar que con el reconocimiento de la salud como derecho fundamental por medio de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Estado Colombiano ha generado una serie de normas que buscan darle viabilidad a este derecho en clave de progresividad, universalidad, interdependencia, solidaridad y calidad en la prestación de servicios. Esto busca superar la dimensión prestacional otorgada por la Constitución Política de Colombia, al catalogarla como un “servicio público” (artículo 49) y ubicar como horizontes éticos la justicia social y la equidad; algunas de estas son la resolución 3280 de 2018 que establece la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud - RIAS (esta reemplazó la resolución 412 -2000); la resolución 429 de 2016 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y el Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS; posterior a esto la resolución 2626 de 2019 modificó la anterior normatividad al incorporar el Modelo de Acción Integral Territorial- MAITE, actualmente en tránsito a un modelo predictivo y preventivo.

Lo anterior, a través un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y por tanto el logro de los objetivos; este postulado se concatena con las experiencias territoriales de implementación de políticas públicas de salud bucal, las

cuales han representado el mejor esfuerzo por enfrentar los desafíos que el desarrollo del sistema de salud ha impuesto a las realidades municipales. Además, constituyen una fuente de aprendizajes de gran relevancia, que ameritan un completo apoyo por parte de la autoridad sanitaria nacional.

En la gran mayoría de ejercicios normativos en Colombia, la promoción de la salud bucal se gesta desde la promulgación de modelos de corte territorial, a la luz del MAITE, en donde se promueven acciones de educación y autocuidado a partir de la incorporación de estilos de vida saludable para el agenciamiento de situaciones favorables para la salud individual y colectiva; a esto se suma la construcción de ejercicios de planeación nacional y territoriales que buscan fortalecer las acciones intersectoriales y la gobernanza al interior del sector salud, para impactar en los determinantes sociales de la salud en general y específicamente en salud bucal. En este sentido el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 incluye metas relacionadas con algunos determinantes asociados a la alimentación, tales como: A 2031, incrementar el 5% de la ingesta total de energía proveniente de alimentos mínimamente procesados. A 2031, el 50% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia materna exclusiva. A 2031, el 50% de los niños entre 6 a 23 meses reciben una dieta mínima aceptable.

Así mismo, en este plan en la descripción de la situación epidemiológica identifica las enfermedades bucales y las incluye dentro de la declaración de eventos de interés en salud pública con metas específicas de a 2031, en primera infancia, infancia, adolescencia de: A 2031, incrementar en 40% la población del país sin caries, e incrementar en el 30% la población mayor de 18 años sin pérdida dental (dentición permanente) por enfermedad bucodental prevenible con acciones concretas de Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública con la implementación de rutas integrales de atención y modelos de atención integral para la promoción de la salud bucal, incorporando la gestión territorial integral de salud como elemento esencial para alcanzar los fines.

Es así, que se resalta la importancia de continuar con el desarrollo de planes territoriales de salud que incluyan las acciones para la salud bucal y la gestión del riesgo por enfermedades bucales que permitan la integralidad y la universalidad del derecho fundamental a la salud a través de acciones intersectoriales o sectoriales; sumadas a una gobernanza fortalecida por la participación comunitaria y gremial que genere una apropiación de las demandas sociales y la promoción de la corresponsabilidad en la gestión de la salud pública en lo bucal. En este mismo sentido Otálvaro y cols, señalaron un conjunto de aciertos, limitaciones y dificultades que se han presentado en las últimas décadas en los procesos de planeación y gestión de la salud bucal en Colombia.

## **Toma de decisiones contextualizada para la acción pública en salud bucal y en prevención y atención de las enfermedades bucales en Bogotá**

Sin importar las perspectivas y circunstancias implicadas en la toma de decisiones, dada la existencia de instrumentos de acción pública, o sea políticas que, en un sentido, pueden favorecer la salud bucal, y en otro sentido, orientan y generan condiciones para la prevención de las enfermedades bucales, así como, planes estratégicos, modelos que dan marco tanto a la prevención como y la atención de estas enfermedades, se hacen recomendaciones para la gestión que la SDS debe desarrollar, teniendo en cuenta los hallazgos del análisis del ecosistema de políticas distrital existente, y el alcance de los planes distritales que materializan las políticas del sector salud, toda vez que a estas se les observaron limitaciones en relación con las situaciones problemáticas que impiden lograr la salud bucal de la población y por tanto deben ser complementadas. Estas recomendaciones también aplican para la gestión de la SDS en cualquier alternativa político-técnica de acción adicional por la cual se optase, como herramienta de acción pública.

### **4.3.2. Recomendaciones para la construcción de los elementos técnico-científicos del IAP**

#### **Reflexionar a profundidad sobre el marco conceptual que ubica en un campo de acción al IAP que se defina**

Dada la importancia de los marcos teóricos y conceptuales para orientar y a la vez delimitar un campo de acción y con base en las recomendaciones de la evaluación de la “Política de Salud Oral” que sugiere cuestionarse el uso indiscriminado de salud oral y salud bucal: Se hace necesario, para responder las preguntas que surgen sobre este asunto, que se dé un juicioso dialogo constructivo al respecto, para que la conclusión sobre la pertinencia y coherencia de uso de los términos esté suficientemente soportada en robustos argumentos conceptuales.

Esta recomendación se refuerza aun cuando algunos miembros del equipo técnico de la SDS que lideran las orientaciones para la acción alrededor de la salud bucal y las enfermedades bucodentales señalan que no cabe la reflexión propuesta por los evaluadores sobre la pertinencia del uso del término “salud oral” porque como se concibe (más allá de las patologías bucales y dentales, que por su puesto incluye la salud bucodental, pero trasciende a componentes de la integralidad del ser humano, que refleja y afecta lo psicológico y social, entendido así, años atrás por personas de la comunidad y algunos sectores), no consideran las argumentaciones que motivan a cuestionar esta construcción, con base en lo planteado sobre la oralidad. en la literatura y por otros actores, incluso distritales (sector de la cultura) que influyen en la precisión del término “salud oral”.

Dado que en el reconocimiento del ecosistema distrital de políticas se encontraron diferencias marcadas en la forma como se comprenden por diferentes sectores gubernamentales la oralidad,

el dialogo debería darse con la participación de estos sectores que discrepan y otros relevantes que pueden aportar en la clarificación conceptual sobre el alcance del tema o el espacio al que se circunscribiría el IAP en relación con las situaciones problemáticas que en este sentido preocupan a diferentes actores. Este mecanismo llevaría a materializar una dimensión de la gobernanza que es la orientación técnico-científica con base en el estado del arte del conocimiento para las decisiones en política pública y a un nivel máximo de intersectorialidad que concebida por Cunill posibilita la comprensión de problemas públicos complejos y la integración de diferentes perspectivas de acción para asegurar que las diversas organizaciones y sectores encargados de implementar un IAP no produzcan redundancias o inconsistencias.

Retomar elementos que en este sentido se plantearon en el análisis y evaluación de la “Política de Salud Oral” y en la síntesis del análisis del ecosistema distrital de políticas podría ser un punto de partida. Estos se refieren a la pertinencia de equipar procesos funcionales que incorporan la coordinación precisa de acciones musculares de la lengua, los labios, la quijada y el tracto vocal para la masticación, que soporta un satisfactor de sobrevivencia, como la alimentación y sus consecuencias en lo fisiológico, como la nutrición; o la producción de los sonidos reconocibles que permiten el desarrollo de funciones vitales como el habla y que a partir de esta constituyen el lenguaje, como el conjunto de normas compartidas que permiten a la gente expresar sus ideas de modo lógico, se pueden equiparar a la oralidad, que en lingüística, designa el modo de comunicación verbal que permite las relaciones y la socialización y la expresión de los afectos humanos. De igual manera, es conveniente que la construcción conceptual sobre salud bucal se dé dado que en la evaluación se identificó como una dimensión de la salud en general que lleva a calidad de vida sin precisar las relaciones específicas que median.

Lo anterior, favorecería la precisión del alcance de las acciones de promoción en clave de potenciarlas, no circunscribirlas a la educación en hábitos de higiene porque se traslapan con las de prevención de la enfermedad independientemente de la complementariedad que puedan tener.

### **Analizar y evaluar las alternativas de solución existentes**

Con base en los hallazgos del análisis del contexto internacional actual, la “Política de Salud Oral” se enmarcó en el marco valorativo que éste se reconoce como relevante, (prioridad para un evento que afecta la población, derecho a su prevención y atención), por lo cual en esta dimensión para continuar la acción pública, como ya se dijo, no habría grandes retos para reconocer los cursos de acción adecuados, pero es fundamental ser críticos frente a la manera de comprender la salud bucal y con base en ello delimitar la perspectiva teórica y el alcance que deben tener las acciones promocionales de la salud bucal e identificar si las acciones de las políticas y planes distritales intersectoriales y sectoriales son lo suficientemente potentes, desde un punto de vista práctico, para la promoción de la salud bucal a fin de responder a la construcción conceptual que se haga al respecto con los sectores de la cultura y educación. Este

ejercicio aplica y se sugiere hacerlo en general para la promoción de la salud y no solo para una dimensión de esta, como la salud bucal.

De igual manera, aunque el análisis del ecosistema distrital actual muestra la existencia de instrumentos de acción pública como políticas y planes intersectoriales y sectoriales que benefician claramente el núcleo del problema público como son las condiciones que generan las enfermedades crónicas, dadas las limitaciones identificadas en relación con las especificidades que pudieran requerir las bucodentales en particular, se debe actuar para ganar coherencia entre estas políticas y planes, toda vez que podrían estar dejando objetivos por atender y se debe garantizar una sinergia que permita que cada una tenga un aporte claro y diferenciado en la solución del problema público en salud bucal.

Las acciones a sugeridas a emprender son: 1. Valorar críticamente si estos IAP en su estructura e implementación garantizan la visión integrada de las acciones que requiere la prevención de las enfermedades crónicas porque en su ocurrencia se da la convergencia de varias condiciones generadoras. Un análisis detallado de los marcos teóricos fines, objetivos, cadena de valor, cadena de entrega, acciones, productos y resultados esperados de estas se hace indispensable. Esto implica examinar y hacer un análisis crítico de las diferentes opciones disponibles, considerando sus ventajas, desventajas, coherencia, suficiencia, pertinencia, factibilidad, costo-beneficio y posibles consecuencias.

Así mismo, el análisis debe permitir la identificación de brechas entre lo que se hace y lo que se debería hacer en función del problema público. Con base en las orientaciones del Plan Estratégico y Operativo para el Abordaje Integral de la Población Expuesta y/o Afectada por Condiciones Crónicas en Bogotá, se debe contrastar, por ejemplo, si a las acciones del Plan de Educación Alimentaria están integradas las prácticas de higiene bucal para garantizar la visión integral e integrada que favorezca mejor la prevención de la enfermedad bucal en todas las poblaciones. De igual manera se deben reconocer las particularidades de algunas poblaciones para que se incluyan las orientaciones técnicas operativas a los ejecutores de estas políticas para integrar en los ejes o líneas de acción las estrategias requeridas para la atención sanitaria integral de las personas

La SDS debe orientar tanto a los actores del sector salud como a los del sector educativo, social, la cultura y todos aquellos relevantes involucrados, en esta perspectiva integrada de los programas y favorecer alineaciones técnicas de las actividades operativas de las cadenas de valor de estos IAP en todos los demás entornos cuidadores de la vida como la comunidad educativa, los operadores de programas sociales y los proveedores de los programas de alimentación, los protagonistas de la prevención de enfermedad general en los entornos laborales, entre otros, con base en las lecciones aprendidas para mejorar la experiencia de planificación, implementación, seguimiento monitoreo y evaluación a nivel operativo.

Como se plantea en el Plan Estratégico y Operativo para el Abordaje Integral de la Población Expuesta y/o Afectada por Condiciones Crónicas en Bogotá se trata de “favorecer el traslado de las orientaciones estratégicas, tácticas y operativas de las políticas y planes definidos para transformar el problema público, que sean procedentes o que deban convertirse en tales, a los escenarios de toma de decisiones institucionales para que hagan parte de la vida cotidiana de las acciones locales e institucionales de los diferentes sectores”.

1. Con base en los retos generados por el contexto nacional, asociados a garantizar la meta organizacional del PDSP 2022-2031 de un modelo de atención para el manejo del riesgo colectivo e individual y la atención de las enfermedades bucodentales, se requiere contrastar si a través de la línea de sistema de atención sanitaria del Plan Estratégico y Operativo para el Abordaje Integral de la Población Expuesta y/o Afectada por Condiciones Crónicas se puede responder a ello, para que en Bogotá la atención de las personas expuestas o con condiciones crónicas se lleve a cabo de forma oportuna, integrada, integral, longitudinal, coordinada, con pertinencia técnico científica y con especial sensibilidad a sus necesidades.

Como se menciona en el Modelo de atención para la población expuesta o afectada por condiciones crónicas de la SDS, *la atención integrada* tiene en cuenta los eventos y la información de estos, que tienen impacto sobre la salud de las personas y suceden en diferentes lugares y niveles de atención a lo largo de la vida de la persona. *La atención integral* provee los servicios esenciales necesarios para todos, incluso para las necesidades menos frecuentes de la población. Supone la provisión de servicios integrados de promoción de salud, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada. *La atención longitudinal* implica la orientación de los servicios de salud hacia los individuos y no a las enfermedades, a lo largo del curso de sus vidas y se consigue en un área de contacto definida y con sistemas de información de salud integrados para los niveles familiar y comunitario. *La atención en salud coordinada* facilita el acceso y la integración a la atención de mayor complejidad. *La pertinencia técnico-científica* está relacionada con la inclusión de acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas costo efectivas, orientadas según la medicina basada en la evidencia; así mismo, con la inclusión de acciones colectivas aplicables, orientadas por metodologías de salud pública basada en pruebas.

Dada la cercanía de la formulación del nuevo Plan territorial de Salud en el marco de un nuevo Plan de Desarrollo Distrital, es prioritario y conveniente definir el tipo de IAP a la mayor brevedad posible y desarrollarlo para que se puedan recoger los elementos conceptuales, estratégicos, tácticos y operativos en dicho plan, o en su defecto incluir el ejercicio como parte de las prioridades a desarrollar al menos durante el primer año de su implementación.

#### **4.3.3. Recomendaciones para la construcción de los elementos político-organizacionales para desarrollar el IAP**

Con respecto al componente político organizacional, para promover el desarrollo del IAP en relación con la promoción de la salud bucal y la prevención y atención de las enfermedades bucodentales y las condiciones que las generan se sugiere:

1. Reconocer que Bogotá es un pionero en los procesos de planificación territorial para salud en general y bucal en Colombia; esto se debe a la construcción de un pacto social entre la institucionalidad pública y actores que conforman la práctica odontológica en el distrito. Sin embargo, la necesidad de generar acciones sanitarias e intersectoriales para favorecer condiciones que garanticen el goce efectivo de la salud bucal como elemento constitutivo de la salud en clave de derecho, debe ampliar la gobernanza y la gobernabilidad para lograr el fortalecimiento de la acción pública.
2. Que Bogotá en el ámbito de salud bucodental fue una de las primeras ciudades del mundo en cambiar el paradigma de enfermedad bucal hacia las intervenciones basadas en los conceptos del Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries – ICDAS, que permitieron el manejo diferencial de la patología de caries dental, disminuyendo la pérdida de tejidos dentales en la prevención mediante la utilización del flúor.
3. Que la acción pública debe abarcar la complejidad a escala de ciudad y es prioritario planificar con carácter de universalidad a mediano y largo plazo de forma que se exceda los periodos de gobierno distrital de cuatro años.
4. Formalizar el grupo técnico de la SDS que garantizará el liderazgo para la construcción del IAP que se defina, el cual debería estar complementado con el grupo del Plan Estratégico y Operativo para el Abordaje Integral de la Población Expuesta y/o Afectada por Condiciones Crónicas. Esto garantizará el intercambio y apropiación de perspectivas, conocimientos y experiencias del abordaje de las enfermedades crónicas lo cual enriquecería el proceso de toma de decisiones y favorece la realimentación del equipo específico para la salud bucal sobre las necesidades de ajuste de dicho plan para visibilizar las enfermedades bucodentales.
5. Elaborar una agenda política: La SDS debe establecer una agenda clara y sólida que deje ver la dinámica que tomará la toma de las decisiones sobre la alternativa técnico-política más conveniente para continuar la acción pública alrededor de la salud bucal. En esta agenda deben estar convocados los diferentes sectores gubernamentales con los cuales se debe dar el diálogo para la construcción conceptual, la definición de las estrategias innovadoras e integradas para favorecer la promoción de la salud bucal y la prevención de las enfermedades que la afectan en los entornos de cuidadores y el ajuste de los planes de acción de las políticas, planes existentes en el ecosistema distrital, a fin de que las incluyan. Esta agenda debe incluir la abogacía de la SDS con los tomadores de decisiones de orden nacional sobre los ajustes que requiere la

contratación, la PAIS el modelo de atención y de prestación de servicios para la enfermedad bucal.

6. Garantizar la participación de actores relevantes en cualquier momento de la construcción de cualquier opción de un IAP es crucial. Retomando las recomendaciones del análisis de estructura, implementación y evaluación de la “Política de Salud Oral” que ya cerró su tiempo de acción, las cuales llaman a un cambio de estrategia para lograr verdadera intersectorialidad, y fortalecer la participación tanto de los actores del SGSSS y de la ciudadanía para una gobernanza democrática, es necesario que este esfuerzo se haga porque las formas de comprender el problema y las decisiones de los cursos de acción que se tomen en torno a él serán legítimas en la medida en que los actores que les preocupa la problemática tengan la opción de contribuir en su construcción, además, porque esto mejora las probabilidades de contar con recursos de diferente tipo para la acción pública.

En este sentido se debe:

1. Promover la movilización social de actores sociales relevantes en torno al problema público es fundamental por parte de las autoridades gubernamentales.
2. Establecer alianzas con los actores relevantes que influyen cambios fundamentales de aquellos actores que son responsables de acciones que favorecen la promoción de la salud bucal y la modificación de factores que generan las enfermedades crónicas. En este sentido la academia y las asociaciones gremiales relacionadas con la salud pública, práctica odontológica son claves dado el papel que pueden tener con aquellos que hacen la producción de insumos, tecnologías tanto para la acción individual como colectiva. Crear espacios de diálogo y consulta y toma de decisiones con los diferentes sectores involucrados en la construcción del referente conceptual, de los objetivos y de las alternativas de solución en sus dimensiones estratégicas, tácticas y operativas.
3. Reconocer la necesidad de la transdisciplinariedad en los procesos de construcción de conocimiento y en la importancia de este conocimiento así obtenido para orientar la acción pública en clave de la dimensión técnico-científica y gerencial de la gobernanza, sin desconocer el aporte de los actores sociales y comunitarios para la construcción de alternativas de solución desde abajo.
4. En la dinámica actual de la reforma a la salud, se espera un cambio significativo en el entorno y el rol de rectoría en salud, además de ser necesaria la actualización del Plan Maestro de Equipamientos en Salud para Bogotá y la ciudad región, además de incorporan a los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPIRS, los servicios de salud bucal con altos criterios de calidad y tecnología de punta.

Es relevante, además, de los contenidos específicos ya mencionados a través de la propuesta de orientaciones el IAP incluya otros aspectos estratégicos:

Las preocupaciones por el incremento de la fluorosis sin clarificar si las medidas poblacionales de fluorización de la sal deben motivar la valoración de esta estrategia de salud pública dirigida a la prevención de las enfermedades bucodentales a nivel de la población bogotana para orientar decisiones gubernamentales de orden distrital y aportar a las nacionales en este sentido.

La inclusión de una estrategia de negociación que lleve a cambiar el enfoque de la industria, reconociendo que un campo de acción es la modificación de los determinantes de las enfermedades bucodentales generados por la comercialización de productos de consumo masivo por los laboratorios farmacéuticos con solo intereses de ganancia sin que se favorezca la prevención de estos eventos.

VERSIÓN FINAL