



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal, perspectivas para la adopción de las RIAS. Colombia 2019-2020

Barriers and facilitators for the implementation of the strategy of preventive care in oral health, prospects for the adoption of the RIAS. Colombia 2019-2020

**Autora
Luisa Fernanda Barriga Perriñan**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Medellín, Colombia
2020**



Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal, perspectivas para la adopción de las RIAs. Colombia 2019-2020.

Barriers and facilitators for the implementation of the strategy of preventive care in oral health, prospects for the adoption of the RIAs. Colombia 2019-2020.

Luisa Fernanda Barriga Periñan

**Tesis o trabajo de grado optar al título de
Magister en Epidemiología**

**Asesor:
Gabriel Jaime Otálvaro Castro Ph.D**

**Grupo de Investigación:
Gestión y Políticas de Salud**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2020**

"Y un día olvidamos que éramos el uno en el todo y el todo en el uno, ese día olvidamos nuestro origen y destino sagrado"

Luisa Barriga

Tabla de contenido

Resumen.....	14
1.Planteamiento del Problema	18
1.1.Justificación.....	22
2.Objetivos.....	25
2.1.Objetivos General.....	25
2.2.Objetivos Específicos.....	25
3.Marco Teórico	26
3.1.Caries dental -CD- y enfermedad periodontal -EP-.....	26
3.1.1Epidemiología de la caries, contexto internacional, nacional y local.	27
3.2.La atención preventiva en salud bucal en las políticas de salud de Colombia.	28
3.2.1 Estrategia de atención preventiva en SB incluida en la Resolución 412 del 2000 y las Rutas Integrales de Atención en Salud "RIAS" de la Resolución 3280 del 2018.	29
3.3. Barreras y facilitadores identificados en la literatura para la adopción de estrategias de atención preventiva en salud bucal dirigidas a CD y EP.	31
3.3.1 Barreras para la implementación de las estrategias de prevención en salud bucal y el Marco Consolidado para la Investigación en Implementación -CFIR.....	32
3.3.1.1 Barreras relacionadas al contexto sociopolítico	33
3.3.1.2 Barreras relacionadas al contexto institucional.....	34
3.3.1.3 Barreras relacionadas a los procesos operativos, al personal y usuarios	34
4.Metodología	36
4.1.Diseño y sitio de estudio.....	36
4.2.Descripción de la metodología	36
4.2.1 <i>Objetivo 1</i> :	36
4.2.2 <i>Objetivo 2</i> :	40
4.2.3 <i>Objetivo 3</i> :	45
5.Resultados.....	46

5.1.OBJETIVO 1. Caracterización normativa por dimensiones de la estrategia de atención preventiva.....	46
5.2. OBJETIVO 2. Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de salud bucal desde el nivel normativo.	49
5.2.1 Aspectos éticos y conceptuales de la profesión (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta).....	53
5.2.2 Inspección, vigilancia y control -IVC- (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)	54
5.2.3 Responsabilidad de los actores en el sistema de salud (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta).....	56
5.2.4 Planeación (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta).....	58
5.2.5 Habilitación (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)	63
5.2.6 Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta).....	64
5.3.OBJETIVO 1. Caracterización cuantitativa de los reportes de atención preventiva en salud bucal en Colombia (procedimientos de obligatorio cumplimiento incluidos en el componente “Aspectos técnicos en atención preventiva”)......	83
5.3.1 Hallazgos en registros SISPRO 2014 a 2018 y RIPS Valle de Aburrá 1008 a 2017.	86
5.4.OBJETIVO 2. Estrategia de atención preventiva para la salud bucal desde el nivel operativo.	101
5.4.1 Dominio Entorno interno/constructo Objetivos y retroalimentación (Mixto).....	106
5.4.2Dominio Entorno interno/constructo Tensión de cambio (facilitador).....	106
5.4.3Dominio Entorno interno/constructo Prioridad relativa (mixto)	107
5.4.4Entorno interno \constructo Preparación para la implementación\subconstructo Compromiso del liderazgo (barrera)	107
5.4.5 Entorno interno \constructo Preparación para la implementación \subconstructo Recursos disponibles (Barreras).....	107
5.4.6 Entorno interno/clima de aprendizaje (mixto)	108
5.4.7 Dominio Entorno interno \Redes y comunicación (barrera)	108

5.4.8 Dominio Procesos/constructo Ejecución (barrera)	109
5.4.9 Dominio Procesos/constructo Planeación (barrera).....	110
5.4.10 Dominio Procesos/constructo Participación (mixto).....	111
5.4.10 Dominio Procesos \Reflexión y evaluación (barrera)	112
5.5.OBJETIVO 2. Barreras y facilitadores descritos por actores clave en la implementación de las actividades de atención preventiva en salud bucal por niveles del sistema de salud colombiano.	116
5.5.1 Dominio Características de la intervención, constructo Costo (barrera)	117
5.5.2 Dominio Características de la intervención, constructo Origen de la estrategia (barrera)	118
5.5.3 Dominio Características de la intervención, constructo Percepción de fuerza y calidad de la evidencia (barrera).....	119
5.5.4 Dominio Características de la intervención, constructo Ventaja relativa (facilitador).....	119
5.5.5Dominio Características de la intervención, constructo Complejidad (mixto)	120
5.5.6Dominio Características de la intervención, constructo Adaptabilidad (mixto)	121
5.5.7Dominio Características de los individuos, constructo Conocimientos y creencias sobre la intervención (barrera)	122
5.5.8Dominio Entorno externo, constructo Cosmopolitismo (barrera)	127
5.5.9Dominio Entorno externo constructo Necesidades y recursos del paciente (barrera).....	127
5.5.10Dominio Entorno externo constructo Políticas e incentivos externos (mixto).....	129
5.5.11Dominio Entorno interno constructo Clima de aprendizaje (barrera)	131
5.5.12Dominio Entorno interno constructo Incentivos y recompensas (barrera)	132
5.5.13Dominio Entorno interno constructo objetivos y retroalimentación (barrera)	135
5.5.14Dominio Entorno interno constructo Compatibilidad (barrera).....	136
5.5.15 Dominio Entorno interno constructo Prioridad relativa (barrera)	137

5.5.16 Dominio Entorno interno constructo Tensión para el cambio (facilitador).....	138
5.5.17 Dominio Entorno interno, Constructo Preparación para la implementación, subconstructos Compromiso del liderazgo y Recursos disponibles (barreras).....	139
5.5.18 Dominio Proceso constructo Planeación (barrera).....	142
5.5.19Dominio Entorno interno constructo Reflexión y evaluación (barrera)	144
5.5.20 Dominio Entorno interno constructo Participación (barrera) .	146
5.6.OBJETIVO 3. Contraste entre las percepciones de los actores involucrados y los hallazgos a nivel normativo y operativo.	152
6. Discusión.....	161
Conclusiones	188
Recomendaciones.....	197
Referencias	200
Anexos	209

Lista de cuadros

Cuadro 1. Resumen comparativo entre la estrategia definida en la Norma técnica de la Resolución 412/2000 y en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud RPMS de la Resolución 3280 del 2108, recogida en MAITE 2019.	30
Cuadro 2. Operacionalización de las variables componente cuantitativo objetivo 1.....	38
Cuadro 3. Fuentes de información documental.....	41
Cuadro 4. Selección de Participantes y número de entrevistas.....	42
Cuadro 5. Resumen de la evaluación del Dominio entorno externo, constructo políticas e incentivos externos.....	70
Cuadro 6. Resumen de hallazgos de la última dimensión "Aspectos técnicos y de derechos para la Atención Preventiva en Salud Bucal APSB" de acuerdo con la evolución normativa vigente entre 1996 y el 2019 en Colombia.....	73
Cuadro 7. Impacto potencial de las dimensiones normativas de la estrategia con los constructos CFIR de acuerdo con el análisis realizado.	80
Cuadro 8. Identificación de las actividades obligatorias por edad, frecuencia y el Código único de procedimiento que le corresponde -CUPS.	84
Cuadro 9. Total de RIPS posterior a la limpieza, estructuración y análisis de calidad	86
Cuadro 10. Medidas de resumen para el número de actividades preventivas recibidas en menores de 9 a 10 años durante 2008 y 2017.	97
Cuadro 11. Descripción del cumplimiento de actividades preventivas según la Resolución 412.	98
Cuadro 12. Acciones identificadas en documentos operativos a nivel nacional entre 2008 y 2018 vinculadas a la estrategia de atención preventiva en salud bucal, (anexo 7).....	102
Cuadro 13. Detalle de la categorización de los territorios de acuerdo con los contenidos identificados en los documentos operativos entre 2008 y 2018 y su relación con las dimensiones de la estrategia preventiva...	104
Cuadro 14. Calificación resumida de los constructos identificados en los documentos para cada grupo territorial.	105
Cuadro 15. Resumen del estado de la implementación de la estrategia en los grupos territoriales entre 2008 y 2018.....	114

Cuadro 16. Resumen de la implementación de la estrategia acuerdo a los actores entrevistados.....	150
Cuadro 17. Contraste de calificaciones (barrera, facilitador o mixto) entre las percepciones de los actores involucrados y los hallazgos a nivel normativo y operativo.....	159
Cuadro 18. Identificación de estudios relacionados a experiencias de implementación.	186

Lista de figuras

Figura 1. Resumen analítico	45
Figura 2. Propuesta general de caracterización por dimensiones de la estrategia de atención preventiva en salud bucal a partir del análisis de contenido de la legislación en salud de Colombia.....	47
Figura 3. Evolución normativa. Numeración aleatoria que identifica por años la legislación vigente o parcialmente vigente con objetivos centrados en salud bucal (normas en azul) o que incorporan aspectos que reglamentan y/o modifican la ejecución de la estrategia preventiva en salud bucal (normas en negro) vinculadas a la resolución 412 del 2000.	51
Figura 4. Resumen de evaluación de la normativa por años y categorías propuestas extraídas de la reglamentación relacionada a la atención preventiva en salud bucal para el constructo políticas e incentivos externos.	70
Figura 5. Diez primeros procedimientos odontológicos. RIPS valle de Aburrá Año 2008-2017.....	87
Figura 6. Contraste de procedimientos odontológicos generales vs preventivos por año. RIPS valle de Aburrá Año 2008-2017	88
.....	89
Figura 7. Reporte anual de procedimientos odontológicos preventivos. SISPRO 2014-2018.....	89
Figura 8. Porcentaje de atenciones preventivas por edad y sexo. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017	90
Figura 9. Porcentaje de procedimientos odontológicos preventivos por etnia. SISPRO 2014-2018.....	91
Figura 10. Porcentaje de procedimientos preventivos por edad y régimen de afiliación. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017	92
Figura 11. Porcentaje de procedimientos preventivos por tipo de actividad y diagnóstico. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017.....	93
Figura 12. Porcentaje de procedimientos preventivos por edad y diagnóstico. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017	94
Figura 13. Porcentaje de procedimientos preventivos por personal que atiende. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017	95
Figura 14. Porcentaje de procedimientos preventivos por finalidad de consulta. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017	96
Figura 15. Porcentaje de procedimientos preventivos por finalidad de procedimiento y edad. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017	96

Figura 16. Caja y bigotes para contraste de mediana de tratamientos curativos recibidos por procedimiento preventivo cualquiera mínimo 1 anual en niños de 9 a 10 años con 9 a 10 años de reporte continuo. ...	98
Figura 17. Caja y bigotes para contraste de mediana de tratamientos curativos recibidos por cumplimiento mínimo de control de placa cada seis meses en niños de 9 a 10 años con 9 a 10 años de reporte continuo. ...	99
Figura 18. Caja y bigotes para contraste de mediana de tratamientos curativos recibidos por cumplimiento mínimo de topicación con flúor cada seis meses en niños menores de 10 años con 9 a 10 años de reporte continuo.	99
Figura 19. Esquema territorial de Colombia que aproxima el estado de la estrategia categorizando por colores. La tabla 2 muestra diferentes condiciones identificadas con el porcentaje de departamentos correspondientes.	105
Figura 20. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el Dominio Características de la intervención.	117
Figura 21. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Características de los individuos	122
Figura 22. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Entorno externo	126
Figura 23. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Entorno interno	130
Figura 24. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Entorno interno, subconstructos Preparación para la implementación	131
Figura 25. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Procesos	142
Figura 26. Contraste entre fuentes Dominio Características de la intervención	153
Figura 27. Contraste entre fuentes Dominio Entorno externo	154
Figura 28. Contraste entre fuentes Dominio Entorno interno	155
Figura 29. Contraste entre fuentes Dominio Características de los individuos	156
Figura 30. Contraste entre fuentes Dominio Proceso	157

Glosario

APBS: Atención preventiva en salud bucal

APS: Atención primaria de la salud

APSB-412: Estrategia de atención preventiva en salud bucal basada en la norma técnica 412 del 2000.

APSB-RIAS: Estrategia de atención preventiva en salud bucal basada en la resolución 3280 del 2018

ASIS: Análisis de situación en salud

AVAD: años de vida ajustados por discapacidad

BUPPE: Banco universitario de programas y proyectos de extensión

CD: Caries dental

CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN: Con el propósito de resolver la brecha entre la producción del conocimiento respaldado por la evidencia científica y su posterior aplicación y uso en la práctica en escenarios reales, se ha desarrollado la denominada Ciencia de la Implementación (Implementation Science) la cual investiga los factores que influyen en el uso efectivo y completo de las innovaciones científicas en la práctica, pretendiendo maximizar los efectos beneficiosos de las intervenciones en salud y que se define formalmente como el estudio de los métodos que promueven la incorporación sistemática de hallazgos de investigación en la rutina clínica, con el objetivo de mejorar la calidad y efectividad de los servicios de salud (14), contribuyendo así a maximizar los efectos favorables de las intervenciones de salud. (Suarez F y cols. Acta Médica Colombiana Vol. 43 N°4. 2018

CFIR: Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación Damschroder et al. 2009

DOMINIO: Para el CFIR constituyen categorías más amplias que incluyen la descripción de conceptos afines como las características de la intervención, características de los individuos y del propio proceso de implementación. los dominios obedecen a la primera jerarquía entre las categorías que plantea este marco conceptual.

EP: Enfermedad periodontal

EPS: empresa promotora de salud

ESE: Empresas sociales del estado

ET: entidad territorial (distrito, municipio o departamento)

MAITE: El Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE es un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orienta de forma articulada la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de

la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

MIAS: De acuerdo con el Ministerio de salud de Colombia el Modelo Integral de Atención en Salud comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS, en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades (Resolución 3280 de 2018).

ODS: Objetivos de desarrollo sostenible

OMS: Organización mundial de la salud

PAB: plan de atención básica

PB: plan de beneficios

PIC: plan de intervenciones colectivas

POS: plan obligatorio de salud

RIAS: Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS—definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Rutas de Grupo de Riesgo y Rutas de eventos Específicas de Atención.

RPMSB: Ruta para la promoción y mantenimiento de la salud bucal.

SISPRO: De acuerdo con el Ministerio de salud de Colombia, el Sistema Integral de Información de la Protección Social es una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios. Suministra información para toda la ciudadanía.

Resumen

Problema: Actualmente se incrementa el interés desde todos los niveles, por acelerar los avances en salud, impulsando el diseño de políticas participativas, basadas en la evidencia, que se apoyen también en diferentes experiencias de aprendizaje dirigidas a problemáticas y contextos semejantes. En lo que respecta a las políticas y estrategias preventivas en salud bucal, estas deben ser lo suficientemente robustas para responder al plan decenal de salud pública, a las demandas de atención en salud y a los cambios sociodemográficos y económicos que vive la región evitando su invisibilización y el retroceso en los avances logrados. Este momento es clave y favorable para integrar el conocimiento disponible en cuanto a la estrategia y comprender aquellos aspectos que limitan y/o facilitan los avances conceptuales y la implementación de esta, teniendo en cuenta los importantes cambios legislativos que ha vivido el país en materia, estos cambios apuntan en apariencia a resolver las necesidades de atención en salud integral de la población y a los retos de la sostenibilidad que exige el Sistema General de Seguridad Social en Salud no obstante, su ejecución plantea esfuerzos intersectoriales importantes para su implementación.

Objetivo: Identificar y analizar barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de salud bucal en Colombia

Metodología: Estudio mixto convergente paralelo que aproxima una descripción a nivel nacional de las barreras y facilitadores en la implementación de la estrategia de salud bucal a partir de los 5 dominios que propone el Marco Consolidado para la Implementación CFIR. Comprende una revisión normativa exhaustiva y la evaluación de la ejecución de la estrategia desde documentos operativos, entrevistas en los diferentes niveles del sistema de salud y el análisis de los registros de atención.

Resultados: De manera general, en esta investigación se identificó un complejo entramado normativo con influencia mixta alrededor de la atención preventiva en salud bucal, por lo cual se caracterizó la estrategia en 5 dimensiones periféricas: Aspectos éticos y conceptuales de la profesión; Inspección, vigilancia y control; Responsabilidad de los actores en el sistema de salud; Planeación; Habilitación y Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal esta última con dos núcleos clave el primero dependiente del Plan obligatorio de salud y el otro de planes complementarios a nivel territorial. Se identificaron barreras principalmente en el dominio Características de la intervención: constructo percepción de fuerza y calidad de la evidencia que soporta la estrategia; Entorno externo: constructos Necesidades y recursos del

paciente y Políticas e incentivos externos; en el dominio Proceso: constructos Planeación, Participación y Reflexión y evaluación; y en el dominio Entorno interno: constructos Recursos disponibles y clima de aprendizaje. Otras barreras de implementación se relacionan con las limitaciones del sistema de información para generar información útil y válida para evaluar la estrategia. Los facilitadores se encuentran en Tensión para el cambio y ventaja relativa.

Conclusiones: la estrategia actual desde lo normativo es una oportunidad de mejora, cuyas condiciones de éxito distan de la práctica, pero a lo cual emergen alternativas de solución basadas en la participación de los responsables con la necesidad de un respaldo colectivo accesible, fuerte y continuo.

Palabras clave: salud bucal, prevención, sistema de salud, política, CFIR

Abstract

Problem: Interest is now increasing from all levels, in accelerating health advances, driving the design of evidence-based participatory policies that are also based on different learning experiences aimed at similar problems and contexts. With regard to preventive policies and strategies in oral health, they must be robust enough to respond to the decennial public health plan, health care demands and sociodemographic and economic changes in the region avoiding its invisibilization and setback in progress. This moment is key and favorable to integrate the knowledge available in terms of strategy and understand those aspects that limit and/or facilitate conceptual advances and the implementation of it, taking into account the important legislative changes that the country has experienced in this area, these changes seem to aim to solve the needs of comprehensive health care of the population and the sustainability challenges required by the General System of Social Security in Health, however, their implementation raises important cross-sectoral efforts for its implementation.

Objective: Identify and analyze barriers and facilitators for the implementation of the oral health strategy in Colombia.

Methodology: A parallel convergent mixed study that approximates a national description of barriers and facilitators in the implementation of the oral health strategy from the 5 domains proposed by the Consolidated Framework for CFIR Implementation. It includes a thorough regulatory review and evaluation of strategy execution from operational documents, interviews at different levels of the health system, and analysis of care records.

Results: In general, this research identified a complex regulatory framework with mixed influence around preventive care in oral health, which characterized the strategy in 5 peripheral dimensions: Ethical and conceptual aspects of the profession; Inspection, monitoring and control; Responsibility of actors in the health system; Planning; Enabling and Technical and rights aspects in preventive care in oral health the latter with two key cores the first dependent on the Mandatory Health Plan and the other on complementary plans at the territorial level. Barriers were identified primarily in the domain Characteristics of intervention: constructed perception of strength and quality of evidence that supports the strategy; External environment: constructs Patient needs and resources and External policies and incentives; in the Process domain: planning, participation and reflection and evaluation constructs; and in the domain Internal environment: constructs Available resources and learning climate.

Conclusions: the current strategy from the normative is an opportunity for improvement, the conditions of success of which are far from practice, but to which alternative solutions emerge based on the participation of those responsible with the need for accessible, strong and continuous collective support.

Keywords: oral health, prevention, health system, politics, CFIR

1. Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud -OMS- reconoce la salud bucal -SB-, como un estado esencial para el disfrute de una buena salud general y calidad de vida en todas las fases del ciclo vital, contribuyendo en funciones esenciales humanas como el habla, la socialización, la alimentación, la respiración; hace parte integral del derecho fundamental a la salud, y sus indicadores se vinculan a los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-(2). Las enfermedades bucodentales coexisten y comparten factores de riesgo asociados con enfermedades sistémicas como hipertensión, diabetes y VIH, incrementando la carga sanitaria asociada (3), ocupan el cuarto puesto en cuanto a coste de tratamiento, y se describen con mayor prevalencia en regiones con índices elevados de pobreza y baja accesibilidad (4).

Los trastornos de mayor prevalencia en salud bucal corresponden a la caries dental -CD- y la enfermedad periodontal -EP-, ambas de origen esencialmente infeccioso; la CD no tratada solo en dientes permanentes tiene una prevalencia global del 40%, entre el 60% y el 90% en menores de 18 años, alcanzando, según OMS, el 100% en las regiones con menor disponibilidad de servicios sociosanitarios (5). La EP, por su parte, registra una prevalencia del 48% en población adulta (6). Se consideran la CD y la EP como la primera y sexta condición más frecuente de los 291 procesos analizados en el Estudio Internacional sobre la carga de las enfermedades (4,7). La experiencia de CD (indicador que en general cuantifica cuantas personas han tenido caries en algún momento de la vida) reportada en Colombia es del 91.58% y de EP del 61.80%, por lo cual el mantenimiento de altas prevalencias y la carga sanitaria subsecuente, impulsa la revisión del diseño e implementación de los programas que se conciben para prevenir estas enfermedades (8), promoviendo su mejoramiento de manera progresiva.

A pesar de la evidencia y recomendaciones de la OMS en cuanto a los beneficios obtenidos para la salud de la población al adoptar sistemas orientados por principios de la atención primaria -APS-(9), no ha sido fácil en el país el desarrollo de una estrategia de atención preventiva en SB basada en este enfoque, pues en Colombia, desde 1993, se ha implantado un sistema que prioriza una forma de atención concebida desde una estructura fragmentada de mercado, centrada en la enfermedad y en intereses de rentabilidad (10-12). Las fluctuantes dinámicas políticas y sociales han demandado múltiples cambios a lo largo de los últimos 30 años, reflejándose en un acumulado de disposiciones legales de todo tipo, complicando la integración, asimilación y evaluación del impacto de las directrices impulsadas en el país; asimismo, esto ha dificultado las

transformaciones organizacionales, formativas y culturales necesarias que den cuenta de una estrategia preventiva en SB consolidada y madura, que transite de manera progresiva y asertiva a un enfoque realmente centrado en las personas, facilitando los espacios participativos y los desarrollos tecnológicos tendientes a aumentar las capacidades del sistema, de los individuos y los resultados en salud.

Desde el año 2016, Colombia ha intentado concebir el enfoque de APS en salud bucal más a través de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS- (13), la cual, para lograr su objetivo general, debía abordar y repensar ineludiblemente estrategias preventivas para el logro del cuidado integral propuesto (9,14). Esta política dio paso al Modelo de atención integral en Salud MIAS que, a partir de la resolución 3280 del 2018, dispuso la implementación gradual y obligatoria de las Rutas de Atención Integral en Salud RIAS, describiendo algunos cambios en la forma de operacionalizar la estrategia de prevención en SB (15) que debía reemplazar desde su publicación, a la anterior incluida en la resolución 412 del 2000 (16,17). No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social -MINSALUD-, mediante la resolución 429 del 2019, publica que los objetivos esperados de implementación no se lograron, prorrogando el proceso un año más (algunas actividades 3 años más contados a partir del 1° de enero de 2020 (18)), para identificar y subsanar las posibles barreras (19). Aunado a esto, el mes de mayo del 2019 el MINSALUD cierra la consulta pública del proyecto de resolución por medio del cual se modifica la PAIS, se deroga el MIAS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE- (20), exponiendo una serie de nuevos lineamientos, en un momento donde los esfuerzos entre los actores se encaminaban a responder al marco operacional del modelo anterior, conllevando a un potencial deterioro de recursos y atrasos en la asimilación de las directrices en todos los niveles del sistema de salud.

Dada las condiciones actuales que enfrenta el sector salud en Colombia, componentes sensibles como la atención preventiva en SB son subestimados y afectados en su desarrollo e implementación. En efecto, definir su participación, reafianzar su importancia y, a su vez, comprender los aspectos que han limitado y/o facilitado la consecución de sus objetivos, se hace inaplazable debido a los potenciales perjuicios en el derecho a la salud, la naturalización de la enfermedad bucal, la afectación de la calidad de vida, el gasto para el sistema y las personas en consecuencia a las altas prevalencias de CD y EP, y la dilación en la implementación de verdaderas reformas en el modelo de salud. Nuevos retos en salud pública van surgiendo y con ello la necesidad de corregir en salud bucal asuntos pendientes para los cuales ya tenemos herramientas que permiten impulsar programas verdaderamente

efectivos. Para esto se necesita reconocer detallada e integralmente la situación de este componente desde áreas clave de trabajo, cómo se han llevado estos procesos desde la complejidad del sistema y cómo podemos empezar a mejorarlo.

A nivel nacional, algunos estudios se aproximan a la identificación de barreras para la implementación de la atención preventiva en SB, en ellos se reporta que la norma técnica 412 del 2000 persiste como el instrumento básico que la define (21,22) pese a la evidencia que demuestra su limitación a factores individuales que restan importancia a otros determinantes como el acceso, el enfoque medicalizado en la formación del talento humano y las relaciones conflictivas y desarticuladas entre los actores del sistema (23). Otras limitaciones se vinculan con la falta de enfoque de riesgo, de trabajo interdisciplinario, y de continuidad en la atención, con una promoción en salud bucal caracterizada por la transferencia de información, con pocos recursos didácticos, metodologías repetitivas y escasamente evaluadas y retroalimentadas, concentrando las acciones preventivas en el consultorio (24–27).

Otra posible barrera en la implementación que se ha debatido es la poca participación de los gremios odontológicos en los espacios de toma de decisiones, por lo cual las políticas usualmente desintegradas suelen distanciarse de su realidad práctica (28) como el diseño de indicadores de corto plazo circunscritos a cobertura y gestión de recursos incompatibles con la esencia de la prevención (29). Restrepo menciona que el desconocimiento de la norma en los prestadores y del derecho en los usuarios, dificulta la toma de decisiones y una mejor ejecución de los programas. Este autor reporta una reducción del 63.7% en el presupuesto dirigido a salud bucal desde 1994 a 2017 y la incertidumbre en los valores para SB destinados a cada afiliado, los cuales se dirigen principalmente a la atención de la enfermedad indicando una cobertura de atención en salud bucal críticamente baja (alrededor del 7.1% (30)). Solo el 4.4% de los niños de 1 año son llevados a consulta de primera vez por odontología, de los cuales solo el 58.9% es por prevención; por su parte, solo el 1.10% de los adultos mayores presentan función masticatoria óptima, evidenciándose la carga acumulada de estas enfermedades (23).

En las instituciones prestadoras de carácter público, llamadas Empresas Sociales del Estado o ESE'S, esta problemática es particularmente acentuada: la cartera morosa de acuerdo con los informes de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ASECI- asciende los 2.9 billones de pesos solo en el régimen subsidiado, registrándose pérdidas anuales entre 14.3% y 12.3% a 31 de

diciembre del 2017 (31,32), lo cual genera afectaciones en la calidad de los servicios ofertados y un claro detrimento en los programas preventivos incluidos los de salud bucal (12,21).

Por tanto, la investigación sobre la implementación de políticas requiere el compromiso de diversas partes interesadas, a fin de superar los complejos retos que esto plantea. Para algunos autores en este campo, la implementación es la puerta de enlace crítica entre la decisión de una organización de adoptar una intervención y hacer de ella un uso apropiado; en esa transición, las partes interesadas se vuelven cada vez más hábiles y comprometidas con su utilización. Ahora bien, es necesario aclarar que esta asimilación demandará una reorientación de los procesos y cultura organizacional existentes para producir los cambios esperados (33).

Este momento es oportuno para abrir la discusión y trabajar desde diferentes ámbitos en la gestión del cambio. La estrategia definida en las RIAS podría ser un avance valioso para el fortalecimiento de la atención preventiva en SB en el país; sin embargo, la norma escrita por sí misma no garantiza necesariamente las transformaciones requeridas. La posibilidad que permite la legislación para adaptar progresivamente las estrategias, ajustándolas de acuerdo con las necesidades emergentes (15), respalda el desarrollo de un estudio en investigación de la implementación (34) que reconozca las barreras y facilitadores que ha tenido el país los últimos 19 años en la implementación de la estrategia de atención preventiva en SB desde la resolución 412 del 2000, anticipando los factores que podrían afectar las posibilidades de cumplir con los objetivos en este componente y evitando la redundancia de errores en las iniciativas políticas emergentes. Una comprensión articulada de la problemática a nivel nacional se alimentará de diferentes fuentes documentales, incluyendo la experiencia de actores involucrados, los cuales, según Klein, son clave para la implementación efectiva y sus posibilidades de sostenibilidad (35,36). Los resultados relevantes se compartirán y discutirán con actores clave para aportar a su proceso de implementación y ampliar la experiencia de aprendizaje.

Por todo lo anterior, la pregunta central de investigación se orientará entonces a entender ¿Cuáles son las barreras y los facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal vigente en Colombia desde el año 2000?

1.1. Justificación

La investigación en SB tiene la capacidad de aportar conocimientos que permiten comprender lo que ha sido una lenta y difícil reorientación del sistema de salud previo, a un modelo integral de atención en salud basado en APS y la manera como se incorporan estas directrices en los programas. El estudio del proceso de implementación de la estrategia preventiva en SB, debido a su transversalidad en los ciclos de vida (tal como lo definen las RIAS), otorga también valiosas contribuciones para entender desde una visión integral, las dificultades presentes en otras dimensiones de la atención en salud. Estos aportes son requeridos para impulsar transformaciones robustas y progresivas, que subsanen inequidades y permitan lograr los impactos esperados en la salud de la población (19), en correspondencia con los objetivos definidos por el Programa Global de Salud Bucodental de la OMS (5) y trascendiendo de indicadores de supervivencia a indicadores de calidad de vida.

Se acumulan estudios relacionados que evalúan barreras desde dimensiones específicas, promoviendo la necesidad de visualizarlas desde un enfoque sistémico que contribuya a comprender cómo se articulan los complejos procesos de implementación que demanda una política nacional, entre los cuales se exige una mayor participación de los actores involucrados en la SB (19) y que podrían ser identificados desde un modelo evaluativo como el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación CFIR ajustado a la investigación (20).

Se requiere analizar las barreras y facilitadores desde una perspectiva integral, otorgando participación a los actores clave en la toma de decisiones y clarificando la densa legislación que tiene el país, posibilitando la identificación de los verdaderos progresos en la materia y las posibilidades de mejora y, a su vez, impulsando el desarrollo de una política en SB informada por la evidencia que, desde un enfoque resolutivo, promueva estrategias de solución a la problemática planteada.

En el Plan Decenal de Salud Pública a 2021, en el Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV en 2014 (23) y en el resumen de resultados nacionales de la estrategia "Soy generación sonriente 2019", se recomienda priorizar la preservación de los elementos de la cavidad bucal, con la necesidad de reorientar y monitorizar la prestación de servicios a un enfoque preventivo, reduciendo el alto número de atenciones curativas e invasivas vinculadas al manejo de la CD y la EP debido, entre otras cosas, a las prevalencias entre el 70% y el 90% en la caries de estadio incipiente con el aumento gradual de su severidad a lo largo del curso de vida, al incremento en EP desde 1998 a 2014 en un 20%, al aumento en

los signos dentales de intoxicación por flúor (23,37) y a las amplias brechas en el acceso a intervenciones preventivas entre las regiones (38).

Por su parte, la ley 1715 del 2015 demanda actuar sobre los determinantes sociales que mejoren la organización y gestión de la salud (39) y el MIAS, en el componente décimo, promueve la investigación en temas relacionados con rectoría del sistema, sostenibilidad financiera, gestión de recursos, sistemas de información, políticas públicas, acceso, uso y calidad del servicio (27). De acuerdo a Proctor (34), el acceso a la información promueve la aceptación, la evaluación de la pertinencia de las estrategias, la adopción y la integración de las mismas a un entorno específico, impactando también, de acuerdo a Flottorp, en los determinantes de la práctica (40).

La condición de SB se forja como un indicador que refleja los avances en materia de APS en el sistema de salud debido a que, en virtud de su aparente limitación a cavidad bucal, es sensible y comparte factores de riesgo con diferentes enfermedades sistémicas; además, es resultado de múltiples determinantes compartidos con otras enfermedades, tales como el contexto socioeconómico y político; ingresos económicos; valores culturales; factores conductuales, biológicos y psicosociales; educación; acceso a servicios públicos; y la pertinencia, oportunidad y continuidad de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de allí que un paciente diabético abordado de forma integral deberá reflejar un estado aceptable de salud bucal que no aumente la carga física, psicológica y económica de su patología (4).

En la ciudad de Medellín se ha reportado la EP en un 72.6% de los pacientes diabéticos (41), 1.236 hospitalizaciones asociadas a complicaciones por enfermedad bucal en menores de 5 años y se ha estimado un gasto anual por atención en SB dado el perfil epidemiológico de CD y EP superior a 20 mil millones (30). Esta ciudad puede no ser comparable con otras regiones (estudios de este nivel son escasos en el país); sin embargo, estas cifras son un llamado a evaluar la implementación de las estrategias preventivas en SB.

El MINSALUD manifiesta que se debe coordinar el proceso de adopción, a partir del "reconocimiento del contexto, con la necesidad de adaptación progresiva que se expresará en forma de disminución o erradicación de las barreras para la efectiva prestación de estas y el diseño e implementación de estrategias innovadoras que promuevan la entrega de servicios de salud" (42,43). De acuerdo con lo anterior, las condiciones de implementación deben ser adaptadas paulatinamente con la finalidad de consolidar su integración en el sistema y la transformación de

esquemas anticuados y derogados que persisten como forma de organización y de prestación, los cuales tienen el potencial de ir en detrimento del estado máximo de bienestar y de la progresividad del derecho fundamental a la salud, dada las potenciales nuevas garantías otorgadas por el modelo vigente.

Un análisis de la política de prevención de la salud bucal como el propuesto es limitado en el país. Los resultados de esta investigación tendrán incidencia en la protección del derecho a la SB de las comunidades. Por su parte, a través del conocimiento adquirido, se promoverá la generación de alternativas para visibilizar y posicionar la importancia y las particularidades que demandan los programas preventivos en SB en las instituciones, el mejoramiento de sus capacidades y la calidad de los servicios odontológicos, promoviendo que los actores puedan realizar, por ellos mismos, mejores procesos de planeación y gestión al respecto.

En la literatura se destacan los esfuerzos en el diseño y ejecución de los estudios nacionales de salud bucal, los cuales, desde el primero hasta el cuarto, han presentado mejoras en su metodología; no obstante, la cantidad de información que aporta no es muy conocida entre los actores involucrados y los ajustes en la política o las formas de implementación no están respondiendo de manera importante a estos resultados. Es notable la falta de evidencia en cuanto a la efectividad de la estrategia, sus ajustes y la forma de llevar a cabo los procedimientos, por lo cual deben fortalecerse la investigación y los programas de intervención poblacional en este ámbito.

2. Objetivos

2.1. Objetivos General

Identificar y analizar barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia preventiva en salud bucal de Colombia, y a partir de los resultados aportar potenciales alternativas para su ajuste y cumplimiento 2019-2020.

2.2. Objetivos Específicos.

1. Caracterizar la atención preventiva en salud bucal de Colombia desde la normatividad vigente entre el año 2000 y 2019 y los registros de atención del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO.
2. Identificar barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal de Colombia de acuerdo con el Marco Consolidado para la implementación CFIR.
3. Integrar y contrastar los hallazgos identificados en la revisión documental normativa y operativa y la entrevista a actores clave.

3. Marco Teórico

En adelante se describen los conceptos fundamentales de la investigación en tres grandes apartados: definición de las enfermedades principales objetivo de la estrategia preventiva en Colombia; una reseña descriptiva de la política de atención en salud bucal en Colombia y la exploración de antecedentes en la identificación de las barreras para la adopción de estrategias de atención preventiva para la salud bucal en Colombia.

3.1. Caries dental -CD- y enfermedad periodontal -EP-

La caries es una enfermedad infecciosa endógena de los tejidos dentales, producida básicamente por el desequilibrio de la microflora bucal residente. La reducción del pH hasta niveles críticos entre 4,5 y 5,5 a partir del metabolismo anaeróbico de los azúcares de la dieta, disuelve los cristales de hidroxiapatita en esmalte y dentina, exponiendo la matriz orgánica a la descomposición mediada por enzimas bacterianas y metaloproteinasas matriciales del huésped, conduciendo a la lesión de caries (44), la cual, sin tratamiento oportuno y apropiado, conlleva a la destrucción total del diente y el agravamiento de la infección a tejidos circundantes(45–47). En las lesiones por caries se ha detectado principalmente la presencia del *Streptococcus mutans* (SM) y otras bacterias acidófilas, acidogénicas y acidúricas no pertenecientes al grupo Mutans, tales como *S. gordonii*, o *Actinomyces* (48,49), considerándose la transmisión vertical la principal forma de adquisición de los microorganismos(50). Los niveles más altos de patogenicidad suelen observarse cuando los mecanismos inmunes aún son inmaduros, como en la caries de infancia temprana (51).

Por su parte, la enfermedad periodontal (EP) tiene como etiología primaria la acumulación de depósitos bacterianos tales como *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia* y *Prevotella intermedia* en el margen gingival, con la formación de un infiltrado inflamatorio que ocasiona la destrucción gradual e irreversible de los tejidos que unen al diente con el periodonto, el cual está formado por encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar (52,53). Los productos inflamatorios que ingresan al torrente circulatorio podrían ocasionar efectos a nivel sistémico, tales como el aumento del riesgo de preeclampsia y bajo peso al nacer (54).

El incremento en la susceptibilidad a estas enfermedades está influenciado por la interacción de factores de riesgo locales que favorecen el desequilibrio de la microflora bucal residente y otros factores sistémicos que aumentan la susceptibilidad del individuo, tales como el uso

prolongado de ciertos medicamentos que generan xerostomía e inmunosupresión (46,55), enfermedades sanguíneas, diabetes mellitus (41), trastornos nutricionales, fluctuaciones hormonales, infección por VIH (56) y las patologías neurológicas (4,7,23,57). En Colombia se han identificado otros factores como el miedo a los procedimientos, el desconocimiento de los derechos del beneficiario y el tipo de aseguramiento (30). Estos factores, al ser apropiadamente reconocidos, facilitan el diseño de estrategias que abordan de manera integral la enfermedad bucal, impactando simultáneamente otras condiciones relevantes en la salud de las personas.

3.1.1 Epidemiología de la caries, contexto internacional, nacional y local.

La caries dental es la enfermedad infecciosa crónica más prevalente en el mundo, se presenta entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y casi el 100% de los adultos (5), la caries no tratada en dientes permanentes y en dientes deciduos ocupan el primer y décimo lugar respectivamente entre los 291 procesos estudiados entre 1990 y 2010 en el marco del Estudio Internacional sobre la carga de las Enfermedades - GBD- (4). La experiencia de caries en dentición temporal y permanente en Colombia es del 61.92% y del 78.97% en su orden. En gestantes a nivel nacional, se reporta una prevalencia del 89.97% (23). La caries dental, es la segunda patología más frecuente en consultas entre 2011 a 2015 luego de las patologías cardiovasculares, según el ASIS de Antioquia en 2017 (58,59). Por su parte, en la ciudad de Medellín corresponde al 72.47% y 91.90%, respectivamente.

A nivel mundial, la EP se considera la sexta enfermedad más común, afecta al 48% de la población adulta, con una relación de 3 por cada 4 adultos mayores de 35 años, según la OMS, alrededor del 15% de los adultos en el mundo tienen EP en estadios avanzados y la prevalencia de gingivitis durante el embarazo oscila entre el 35 y el 100% (4,7,53,54). En Colombia, la prevalencia de periodontitis moderada y avanzada corresponde al 54.08%, en gestantes se reporta en un 19,2%. Es más frecuente en personas de mayor edad, provenientes de áreas rurales y afiliadas al régimen subsidiado (23). Por su parte, Antioquia reporta el 12.5% de las consultas a nivel nacional en EP desde 2014 a 2018, observándose en Medellín una prevalencia del 40.53% (60).

3.2. La atención preventiva en salud bucal en las políticas de salud de Colombia.

Antecedentes a nivel nacional y regional.

Antes de 1993: en concordancia con las recomendaciones internacionales, la política de salud bucal bajo el antiguo Sistema Nacional de Salud de Colombia -SNS- se centró en la prevención mediante acciones educativas y la utilización de flúor en las escuelas a través del programa de Acción Preventiva Odontológica APO, captación de mujeres gestantes, y fluoración del agua, la sal y la leche en este aspecto Colombia fue pionero en América Latina (37). Sin embargo, a pesar de los avances, la cobertura de estos servicios no superó el 4% y el monitoreo de la ingesta de flúor desde diferentes fuentes en la población no fue posible (22).

Entre 1990 y 1993, se reforma el SNS (61) y surge el actual sistema general de seguridad social en salud -SGSSS- mediante la Ley 100 de 1993 separando las funciones de aseguramiento y la administración de los recursos financieros de la prestación de servicios, inicialmente instauró un plan de atención básico, dejando los programas de SB a manera de recomendación, conllevando a su omisión en gran parte del país, estancándose los avances obtenidos (62). Con la ley 1122 del 2007 y la ley 1438 del 2011 se introducen esfuerzos para concebir la Atención primaria en salud APS como una forma de organizar las intervenciones en Colombia sin obtenerse los cambios esperados en la práctica (62). A la fecha el SGSSS ofrece un plan de beneficios que incluye todas las actividades en promoción y prevención de salud bucal (63).

Basándose en la Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015), la Ley 1753 del 2016(64) decreta la "Política de atención integral en salud" -PAIS- (Resolución 429 de 2016), cuyo marco operacional está definido por el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, basado en principios de APS para la organización de la atención en concordancia con las recomendaciones de OPS y OMS. El MIAS sustituye la resolución 412 del 2000 y establece la implementación obligatoria de las RIAS como un instrumento que describe los aspectos necesarios para asegurar la integralidad en la atención (resolución 3280 del 2018). No obstante con la resolución 2626 de septiembre del 2019 se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE-, el objetivo de esta nueva norma es derogar el MIAS como modelo operacional con la intención de dar respuesta a necesidades territoriales específicas que supone no son resueltas por este proponiendo una mayor participación a las entidades territoriales, esta resolución menciona que los desarrollos obtenidos con el MIAS "se incorporan al

nuevo modelo en el mismo estado de avance que se encuentren". Estos cambios sugieren todo un esfuerzo institucional para comprender y adoptar cada nuevo lineamiento.

3.2.1 Estrategia de atención preventiva en SB incluida en la Resolución 412 del 2000 y las Rutas Integrales de Atención en Salud "RIAS" de la Resolución 3280 del 2018.

La estrategia de atención preventiva en SB constituye un marco amplio de acciones y actores involucrados que demandan una mejor caracterización desde lo normativo (objetivo 1 de la presente investigación). No obstante, es clave mencionar que incorpora diferentes intervenciones de "promoción y prevención en SB" con énfasis en CD y EP debido a su prevalencia e impacto en la salud pública. Estas acciones se encuentran definidas en la Norma técnica de la Resolución 412 y ahora redefinidas en las RIAS.

La Norma técnica de Salud Bucal establece un número de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana según población objetivo y frecuencia anual de visitas para SB (22). En las RIAS estas intervenciones son descritas en diferentes rutas: 1) En la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida -RPMS- dirigida a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud bucal en las personas, familias y comunidades por curso de vida; 2) En la ruta específica para la población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal más enfocada en la atención de la enfermedad y la prevención secundaria y 3) también se incluyen acciones dentro de la ruta específica materno perinatal. Sin embargo, la estrategia es mejor definida en la RPMS.

En general las diferencias entre la estrategia 412 y la incluida en las RIAS son pocas en algunos casos incluso parece mostrar retrocesos, lo que amerita evaluar los progresos reales y la afectación a los derechos previamente adquiridos que evidenciarían incumplimiento en el principio de progresividad en el derecho y marcarían pistas de la invisibilización y el riesgo de permanencia de estas actividades dentro de los beneficios sistema de salud (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Resumen comparativo entre la estrategia definida en la Norma técnica de la Resolución 412/2000 y en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud RPMS de la Resolución 3280 del 2108, recogida en MAITE 2019.

Contenido	RESOLUCIÓN 412-2000	RIAS
Consulta inicial por profesional en odontología previo a cualquier plan de atención.	No incluye	Incluye para toda la población
Control y remoción de placa bacteriana en superficies dentales.	2 veces por año para la población de 2 a 19 años y, una vez por año para la población mayor de 20 años. La estrategia no define la atención en la población menor de 2 años.	Cubre todo el curso de vida. Primera infancia (0-5 años): 1 vez al año a partir de los seis meses, Infancia (6 - 11 años): 1 vez al año, Adolescencia (12-18 años): 1 vez al año, Juventud (19 - 26 años): 1 vez cada dos años. Adulthood (27 - 59 años): 1 vez cada dos años. Vejez (60 años y más): 1 vez cada dos años. Reduce las consultas de 1 anual para mayores de 19 años a solo una cada dos años. A pesar de que estos son grupos que muestran mayor prevalencia.
Aplicación de flúor tópico en superficies dentales.	Flúor en gel o solución: 2 veces al año, Población de 5 a 19 años. Flúor en barniz (incorporado en la res 5521 del 2013) de 1 a 17 años, cada 6 meses (3 veces de acuerdo con la valoración del riesgo)	Su enfoque es el flúor en barniz la cobertura se reduce hasta los 18 años. Las frecuencias no cambian
Aplicación de sellantes en superficies dentales.	De 3 a 14 años según necesidad	Según criterio del profesional a partir de los 3 años
Detartraje supragingival	Población mayor de 12 años. una vez cada 6 - 12 meses, a juicio del operador	Según necesidad y criterio del profesional
Educación, actividades colectivas y otros recursos	Los componentes educativos son limitados, enfocados a lo individual, con escasos recursos pedagógicos No explica cómo llevar a cabo las intervenciones comunitarias, se enfoca en la atención al interior del consultorio. Define de manera limitada los insumos y contenidos educativos y de la historia clínica requeridos.	Los contenidos educativos son más detallados y específicos por curso de vida. La estrategia no es muy clara en cuanto a cómo deben llevarse a cabo los procesos de demanda inducida y actividades colectivas, sin embargo, se menciona con algunas orientaciones la importancia de incorporarlas en educación familiar y en la oferta de actividades en salud poblacionales y colectivas territoriales. Menciona de manera más clara los insumos, equipos y contenidos educativos y de la historia clínica requeridos con el nuevo enfoque. la referencia a los materiales didácticos sigue siendo mínima
Gestión del riesgo en salud	Aborda como factores de riesgo más importantes aspectos biológicos y de conducta individuales.	Reconoce como sujetos de atención a las personas, familias y comunidades que viven en ámbitos territoriales con particularidades específicas, impulsa un enfoque de atención colectivo basado en los determinantes sociales y las necesidades de acuerdo con el curso de vida.
Evaluación de resultados	No son claros los indicadores de resultados más allá de indicadores de cobertura, de costos y otros de gestión.	La estrategia propone indicadores más claros de resultados, enfocados en el mantenimiento de la salud y las competencias a adquirir en las sesiones educativas. Propone el seguimiento necesario para evaluar la exposición no solo a riesgos físicos sino sociales que inciden en la condición de salud, orientando la planificación. Refuerza los resultados por tratamiento terminado y de acuerdo con lo que indique la ruta.
Integralidad	No propone un claro enfoque de atención en salud bucal integrado con otros servicios de salud.	La estrategia se integra a las rutas de atención para diferentes edades y enfermedades. Organiza la gestión por atención integral y no por programas o estrategias temáticas favoreciendo el trabajo interdisciplinario.

Fuente: Elaboración propia

3.3. Barreras y facilitadores identificados en la literatura para la adopción de estrategias de atención preventiva en salud bucal dirigidas a CD y EP.

La evidencia que identifica facilitadores en la temática es escasa, se puede mencionar lo importante que han sido los debates internacionales y las recomendaciones generadas a nivel nacional para posicionar de manera progresiva la promoción y prevención en salud bucal desde una visión integral del derecho a la salud.

Para el año 2003, la OMS en el reporte mundial de SB, afirma que las enfermedades bucales persisten como un problema prioritario en salud pública, se plantea la SB como parte integral y esencial de la salud general y como un determinante de la calidad de vida. Establece diferentes áreas de acción para la promoción y prevención -P y P- en el siglo XXI: SB y fluoruros; dieta, nutrición y SB; tabaco y SB; SB a través de la escuela; SB de los adolescentes; SB de los ancianos; SB, salud general y calidad de vida; VIH SIDA y SB; sistemas de información en SB, investigación para la SB (21). Orientando desde la APS, esfuerzos para detectar y atender la SB en grupos con patologías sistémicas y mentales, niños y gestantes, integrándola con otros programas preventivos, en particular, aquellos dirigidos a enfermedades crónicas con quienes comparte factores de riesgo relacionados con los estilos de vida, siendo fundamental la colaboración interprofesional, obteniendo así la reducción de prevalencias y el gasto en atención en salud (4,9,65,66).

Las enfermedades bucodentales pueden ser reducidas o prevenidas a través de intervenciones sencillas y efectivas en todas las etapas de la vida, tanto a nivel individual como poblacional. Las intervenciones basadas en flúor actualmente se reconocen como el principal factor responsable de la reducción de caries dental en el mundo, con efectos que estimulan la remineralización, reducen la desmineralización e inhiben la glicolisis del *S. mutans*, en todas las etapas del diente pre y posteruptiva (67,68), siempre que sea aplicado en la forma, momento, concentración y frecuencia indicadas (44,57).

Dependiendo del método de aplicación empleado, reduce la aparición de caries hasta un 60%. Entre los sistemas de administración tópica con resultados efectivos se reportan los barnices de fluoruro, los selladores de fosas y fisuras y las pastas dentales (49,57,69,70). Las estrategias en SB que han vinculado el uso del flúor acompañado de un componente educativo planeado y constante, consultas odontológicas regulares con control de la placa bacteriana y remoción de cálculos, educación en estilos de vida saludable que incluye la higiene bucal con cepillo, seda y pasta

dental, promoción de una dieta sana y abandono del hábito de fumar, han reportado efectos superiores en los indicadores de reducción de CD y EP (4,7,9,11,47,67).

3.3.1 Barreras para la implementación de las estrategias de prevención en salud bucal y el Marco Consolidado para la Investigación en Implementación -CFIR

Un marco conceptual es un sistema de conceptos, creencias y teorías que "explica de forma gráfica o narrativa, los factores clave, constructos o variables demostrados en investigaciones anteriores" que influyen en un fenómeno de interés. Apunta a incrementar la eficiencia de la investigación y la generalización e interpretabilidad de sus resultados (71,106).

El Marco Consolidado para la Investigación en Implementación por sus siglas en inglés CFIR, proporciona una estructura pragmática para abordar estos estados complejos, consolidando construcciones conceptuales clave de 19 importantes teorías de implementación publicadas, permitiendo la selección de constructos relevantes para el entorno de un estudio particular en cualquier fase y usarlos como criterios comunes para: a) crear conciencia sobre posibles factores influyentes en su éxito como modelos hipotéticos, b) facilitar el análisis de procesos y resultados c) ayudar a organizar todos los hallazgos de un proceso de implementación para explicar los resultados y d) ayudar a guiar la selección de estrategias para superar o afectar estos factores influyentes, el desarrollo de guías de entrevista y como plantilla para el análisis e interpretación de contenido con posibilidades de ser compartidos con la comunidad científica internacional debido a su carácter estandarizado (71). El CFIR se utilizará como una apuesta interpretativa para acercarnos a la comprensión de las barreras en la implementación de la estrategia en cuestión.

El CFIR, comprende cinco dominios principales: 1. Características de la intervención constituido por los constructos Origen de la estrategia, percepción de fuerza y calidad de la evidencia; Ventaja relativa, Adaptabilidad, Complejidad, Percepción de la calidad del diseño forma de entrega de la estrategia, Pilotaje y Costo; 2. Entorno externo que se describe a partir de los constructos Necesidades y recursos del paciente, Cosmopolitismo, Presión de grupo, Políticas e incentivos externos; 3. Entorno interno conformado por los constructos Características estructurales, Redes y comunicaciones, Cultura, Clima de implementación (describe 5 subconstructos: Tensión para el cambio, Compatibilidad, Prioridad relativa, Incentivos y recompensas externas, Objetivos y

retroalimentación), Clima de aprendizaje, Tensión para el cambio y Disponibilidad para la implementación (describe 3 subconstructos: Compromiso del liderazgo, Recursos disponibles y acceso al conocimiento e información); 4. Características de los individuos con los constructos Conocimiento y creencias, percepción de autoeficacia, Etapa individual de la implementación, Identificación individual en el sistema y Otros atributos personales finalmente el 5. Proceso constituido por el constructo Planificación, Involucramiento o participación (con los subconstructos Líderes de opinión, Líderes de implementación formalmente designados, Agentes de cambio externo, Actores clave en la implementación y Población objetivo), Ejecución y Reflexión y evaluación. Estos dominios, se supone, interactúan para influir en la efectividad de la implementación y cada uno de los constructos y subconstructos relacionados ayudan a describir el dominio principal (71).

La implementación de esta estrategia no se ha estudiado basada en los constructos CFIR, sin embargo se pueden aproximar algunas categorías generales para comprender algunas consideraciones mencionadas por diferentes autores en cuanto a las barreras que se han planteado en este componente los últimos años, las cuales se encuentran en su mayoría en estudios o análisis como el de Franco (22,28), Otálvaro G (11,27), Mosquera M(13), ENSAB IV (23), Política pública de Medellín (12), Roa Y (6), Restrepo J(30).

3.3.1.1 Barreras relacionadas al contexto sociopolítico

Se afirma que los gremios odontológicos no han logrado el poder político, ni el liderazgo para influenciar los espacios de toma de decisiones por lo cual las políticas usualmente desintegradas suelen distanciarse de la realidad práctica. La información que se produce en el gremio no es importante en el desarrollo de las políticas. Los programas educativos con enfoque biológico y mecánico no impulsan el desarrollo de la APS, y a su vez subyace una escasa regulación a las formas de contratación y ausencia de incentivos para el cumplimiento de actividades de promoción de la salud. El porcentaje del presupuesto dirigido a salud bucal es insuficiente se ha reducido en un 63,7% desde 1994 a 2017 (30), destinándose principalmente a la atención de la enfermedad y en programas preventivos limitados a escolares y gestantes.

El sistema de salud implementado en Colombia desde 1994 fragmenta los servicios individuales de los colectivos, con responsables diferentes y bajo la lógica de mercado. En ese sentido, la formación de los profesionales se alineó con estas directrices y la SB no ha sido asimilada desde un enfoque colectivo, integral y como parte del derecho a la salud general. Esta

situación puede dificultar la adopción del nuevo modelo integral de atención basado en APS. Los programas de SB se han orientado a factores individuales, restando importancia a determinantes tales como las condiciones políticas, económicas, sociales; el acceso; el enfoque de la formación del talento humano; el tipo de ejercicio profesional predominante; las relaciones entre administradores, prestadores y profesionales; y la percepción que la sociedad tiene de la salud bucal (23).

3.3.1.2 Barreras relacionadas al contexto institucional

La alta rotación del personal en las instituciones de salud y los cambios sucesivos en la normatividad dificultan la continuidad en los programas. Además, se reporta disponibilidad insuficiente de horas odontólogo para suplir las necesidades, no se evidencian criterios de atención en el sistema para atender a la población con condiciones sistémicas, especiales y discapacidades o estrategias de trabajo en redes en odontología (11). El diseño de metas para mostrar resultados rápidos, orientadas a cobertura y gestión de recursos son incompatibles con la esencia de la prevención (29).

3.3.1.3 Barreras relacionadas a los procesos operativos, al personal y usuarios

En cuanto a los usuarios se expone el énfasis en la prescripción y la subestimación de la educación en salud bucal, persistiendo los estereotipos de la enfermedad bucal como parte natural del envejecimiento o como un asunto estético. Por tal motivo, los usuarios deben incurrir en gastos adicionales para lograr un tratamiento integral en SB. Se ha reportado la pérdida de la credibilidad en los servicios odontológicos por parte de los usuarios debido a la baja oportunidad de las citas, acceso limitado a los servicios, cuestionamiento de la calidad de los materiales y la forma de ejecución de la atención preventiva (29). De igual modo, se insta a que el recurso humano adquiera las competencias necesarias para responder a una visión integral del servicio, interpretando y priorizando las intervenciones a partir del análisis de las condiciones de vida, las dinámicas familiares, laborales y de comunidad en las que viven, fortaleciendo la dinámica interdisciplinaria y la forma de educar a los pacientes (29,72,73).

Se reporta falta de planeación en SB para la formación del recurso humano de acuerdo con el número de habitantes y a las necesidades de la población. Los tiempos de atención en odontología no se ajustan a los procedimientos. La norma técnica 412 del 2000 se utiliza como el único instrumento que define los contenidos preventivos de la atención

odontológica (21,22), con importantes limitaciones en cuanto a las actividades planteadas, fallas en la continuidad y oportunidad, promoción en salud limitada a la transferencia de información, con pocos recursos didácticos, metodologías repetitivas, desarticulación y falta de evaluación de las actividades, falta de enfoque de riesgo y la concentración de acciones preventivas en el consultorio (24-27).

4. Metodología

4.1. Diseño y sitio de estudio

Se propone un diseño de investigación mixto-convergente paralelo: CUAN-CUAL, en el que, según Creswell (74), se analizan datos cuantitativos de manera concomitante al análisis de la información cualitativa. El análisis del componente cualitativo se basa en una postura epistemológica interpretativa y pragmática apoyado en técnicas de teoría fundamentada emergiendo categorías del texto y en análisis de contenido mediante método deductivo a partir del CFIR. El componente cuantitativo corresponde a un diseño de tipo observacional descriptivo de corte transversal y retrospectivo.

La metodología tiene como finalidad esencial la comprensión de las barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal del país, partiendo de lo que ha ocurrido desde la resolución 412 del 2000, la cual aún sigue vigente debido a ajustes y prórrogas de iniciativas políticas más recientes. La identificación de estos factores pretende anticipar las posibilidades de cumplir con la implementación de la estrategia incluida en las RIAS o sus modificaciones, identificando y contrastando la información derivada de los reportes estadísticos de atención, de la experiencia de actores clave, los informes operativos de municipios y departamentos, y la integración de la literatura científica disponible, que complemente el conocimiento actual y guíe la toma de decisiones en respuesta a la problemática tratada.

Las barreras y facilitadores descritos en todos los objetivos serán analizadas a partir de los constructos propuestos por el Marco Consolidado para la investigación de la implementación CFIR definido por Laura Damschroder (33,71) (ver anexo 2). La investigación fue avalada por el Comité de programa y el Comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, anexo 1.

4.2. Descripción de la metodología

4.2.1 Objetivo 1:

Caracterizar la atención preventiva en salud bucal de Colombia desde la normatividad vigente entre el año 2000 y 2019 y los registros de atención del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO.

Finalidad: Incrementar la comprensión desde el ámbito legal en cuanto a los componentes normativos que constituyen integralmente la estrategia y reconocer los resultados de su implementación desde los reportes estadísticos de atención.

Fuente de información: legislación en salud vigente y datos secundarios publicados en el sistema de información de la protección Social SISPRO.

Muestreo: A partir de un muestreo a conveniencia se identifica:

- La legislación en salud entre 1993 y 2019 que vincule de forma directa o indirecta la estrategia de atención preventiva en SB, vigente o parcialmente vigente.
- El total agrupado de atenciones preventivas reportadas por el MINSALUD entre 2014 y 2017 en los 6 departamentos más poblados del país, que corresponden a un 60% aproximado de la población total a través del SISPRO, y los Reportes Individuales de Atención en Salud -RIPS-Valle de Aburrá 2008 a 2017.

Los registros de atención en salud de los usuarios que reposan en el Sistema de información SISPRO, deben cumplir con tres características básicas: A) validez, se considera que un registro es válido si existe un porcentaje de cumplimiento del mismo al menos del 90%, la mayoría de problemas de validez son causado por factor humano, ya sea por poca comprensión de la aplicación o por pérdida de conciencia situacional; B) exactitud -precisión- si mide lo que intentamos que mida; y C) calidad, si proporcionan información válida tanto para el clínico como para el paciente, los gestores de la sanidad, los investigadores, los usuarios. Se considera que los datos son consistentes cuando el porcentaje de consistencia supera el 95%. La utilidad de los registros depende básicamente de la calidad de los datos recogidos (75-78).

Los Registros Individuales de Presentación de Servicios -RIPS- recogen la información de las atenciones en salud prestadas en un territorio y son reportados por la Institución Prestadora de Servicios Salud -IPS- a la Entidad Administradora de Planes de Beneficio -EAPB- que, a su vez, lo reporta al Ministerio de Salud y Protección Social, también a Entidades Territoriales.

Los RIPS son un conjunto de bases de datos que se presentan en diez archivos que tienen estructuras y datos específicos (aunque algunos de estos se repiten en varias estructuras, ya que representan las llaves que permiten las relaciones entre estos). Los tipos de archivos a utilizar son los siguientes: US = Archivo de usuarios de los servicios de salud; AC = Archivo de consulta; AP = Archivo de procedimientos. Los datos que se

reciben de los RIPS se encontraban previamente anonimizados y solo fueron utilizados con fines académicos para la presente investigación.

Plan de recolección de información y análisis de los datos:

Componente cualitativo del objetivo 1

- 1) Identificación y extracción de las disposiciones legales alrededor de la estrategia de atención preventiva en salud bucal entre 1993 y 2019 en una matriz Excel.
- 2) A partir de un análisis inductivo basado en teoría fundamentada (Sampieri 2014), se identificaron dimensiones vinculadas a la implementación de la estrategia de prevención en salud bucal, respetando términos reconocibles desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud, proponiendo un esquema con sus componentes, los cuales apoyan los análisis posteriores.

Componente cuantitativo objetivo 1

- 1) Identificación de los códigos únicos de procedimientos en salud - CUPS- asociados a las actividades de protección específica y detección temprana en salud bucal de Colombia vigentes entre los años 2000 y 2018, de acuerdo con la resolución 412 del 2000, la Resolución 5521 del 2013 y la Resolución 4678 del 2015, los cuales corresponden a:

Cuadro 2. Operacionalización de las variables componente cuantitativo objetivo 1.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	NATURALEZA Y NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
CUPS Preventivos en Odontología.	Código único de procedimiento que corresponde a la actividad preventiva de acuerdo resolución 412 del 2000, la Resolución 5521 del 2013 y la Resolución 4678 del 2015. Se incorporan todos los códigos previos y los ajustados para obtener datos exhaustivos.	Cualitativa Politómica - Nominal	990103(educación grupal en salud por odontología); 990203(educación individual en salud por odontología); 990212(educación individual en salud por higiene oral); 997101 (aplicación de sellantes de autocurado); 997102(aplicación de sellantes de fotocurado); 997103(topicación flúor en gel); 997104(topicación de flúor en solución); 997105 (aplicación de resina preventiva); 997106 (topicación de flúor en Barniz); 997300(detartraje supragingival); 997310(control de placa bacteriana); Información, educación y comunicación (IEC) en fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables incluye salud bucal: IEC en población infantil y adolescente (A1.0.0.01); IEC en población de hombres y mujeres en edad fértil (A1.0.0.02); IEC en población de mujeres gestantes y lactantes (A1.0.0.03); IEC en población de adulto mayor (A1.0.0.04) ver anexo 3.
Año	Año del registro de la actividad de acuerdo con la fuente	Cualitativa Politómica - Nominal	2008 a 2017

Edad	Edad en años. o por grupos de acuerdo con SISPRO.	Cualitativa Politómica Ordinal -	De 0 a antes de 1 año; De 01 a 05 años; De 06 a 09 años; De 10 a 14 años; De 15 a 18 años; De 19 a 26 años; De 27 a 44 años; De 45 a 59 años; De 60 y más
Sexo	Grupos de acuerdo con SISPRO.	Cualitativa Politómica Nominal -	1 Femenino; 2 Masculino; 3 No Definido 4 NR - No Reportado
Tipo de usuario	Tipo de relación o afiliación con el sistema de salud de Colombia	Cualitativa Politómica Nominal -	1 contributivo; 2 subsidiado; 3 vinculado; 4 particular; 5 otro
Etnia	Grupos que caracterizan una relación étnica de acuerdo con las categorías del SISPRO.	Cualitativa Politómica Nominal -	1 Indígena; 2 Negro, 3 Mulato, 4 Afrocolombiano O Afrodescendiente; 5 No Definido; 6 No Reportado; 7 Otras Etnias; 8 Palenquero de San Basilio; 9 Raizal (San Andrés y Providencia); 10 ROM (Gitano)
Departamento	Territorio o región delimitada políticamente	Cualitativa Politómica Nominal -	1 Atlántico; 2 Valle del Cauca; 3 Cundinamarca; 4 Bogotá; 5 Bolívar; 6 Antioquia; 7 Valle de Aburrá
Ámbito de realización	Espacio institucional donde se realiza el procedimiento de acuerdo con las categorías del RIPS	Cualitativa Politómica Nominal -	1 = Ambulatorio; 2 = Hospitalario; 3 = Urgencias
Finalidad de Consulta	Motivo de consulta de acuerdo con las categorías del RIPS	Cualitativa Politómica Nominal -	1 = Diagnóstico; 2 = Terapéutico; 3 = Protección específica; 4 = Detección temprana de enfermedad general; 5 = Detección temprana de enfermedad laboral
Personal que atiende	Tipo de personal que lleva a cabo el procedimiento de acuerdo con las categorías del RIPS	Cualitativa Politómica Nominal -	1 = Médico (a) especialista; 2 = Médico (a) general; 3 = Enfermera (o); 4 = Auxiliar de enfermería; 5 = Otro
Diagnóstico Principal	Código CIE-10 que relaciona el procedimiento preventivo realizado de acuerdo con las categorías del RIPS	Cualitativa Politómica Nominal -	Código CIE-10
Valor del procedimiento	Costo que refleja el sistema relacionado con el procedimiento realizado	Cualitativa dicotómica Ordinal -	1: 0 2: mayor que 0

Fuente: propia de autores

2) Las estadísticas de atención son extraídas de las bases de datos SISPRO nacional y RIPS Valle de Aburrá, organizándose por categorías en una base de datos con variables de tiempo, persona y lugar; diagnóstico CIE -10 y con variables de atención de acuerdo con el Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS (86). Se realiza posteriormente análisis descriptivo univariado y bivariado, reportando y contrastando las medidas de resumen tabuladas y graficadas más relevantes para cada caso con el software estadístico libre R, versión 3.5.3. Se utiliza PostgreSQL 10 como Sistema Gestor de Bases de Datos –SGBD-, pues permite manipular un alto volumen de datos, el cual es un requerimiento indispensable para analizar los RIPS, además, es un software libre y robusto; la

administración de PostgreSQL se realiza mediante la interfaz gráfica PgAdmin 4 v4.

La información obtenida aporta contenidos temáticos para llevar a cabo las entrevistas a los actores clave y la revisión documental del objetivo 2. Por otro lado, cabe resaltar que, aunque los datos sean de acceso público, se salvaguardó todo el tiempo la integridad de los contenidos y el respeto y confidencialidad de los registros clínicos, permaneciendo los datos de forma anónima con códigos aleatorios, y exponiéndose fielmente los datos recogidos (anexo 4). El análisis tiene presente las limitaciones en la calidad del dato ya reconocidas en los lineamientos técnicos RIPS del Ministerio de Salud versión 2019, Gestión de datos tomo VIII y las tesis de Trujillo y Ramírez en 2018 (75–78).

Cabe recordar que de acuerdo al artículo 12 de la Resolución 4505 de 2011: “El Registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, será de público conocimiento y de fácil acceso para toda la población e instituciones legalmente constituidas, y sus resultados serán difundidos y publicados en el SISPRO, garantizando siempre los derechos de Hábeas Data y reserva de la información de acuerdo a las Leyes 266 de 2008 y 1581 de 2012”.

4.2.2 Objetivo 2:

Identificar las barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de salud bucal de acuerdo con el Marco Consolidado para la implementación CFIR.

Finalidad: Este objetivo tiene dos componentes principales para documentar la identificación de las barreras y facilitadores: 1) Una revisión exploratoria (36) que consiste en la identificación de contenidos relevantes en la legislación vigente, documentos científicos y operativos (operativo relacionado a la planificación territorial como los planes de desarrollo, informes de auditoría, de rendición de cuentas o semejantes) cuya intención es identificar contenido relevante al problema y relacionarlos con los diferentes dominios y constructos del marco para la investigación de la implementación CFIR.; 2) La identificación de las barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en SB, a través de la exploración de las percepciones de los actores involucrados en relación con los dominios escogidos de acuerdo con el CFIR mediante entrevistas a profundidad (84,90).

Descripción del componente 1. Revisión documental exploratoria

Pregunta que orientó la revisión:

¿Cómo se describe la implementación de la atención preventiva en salud bucal en Colombia desde el ámbito normativo, operativo y científico desde la Resolución 412 del 2000 hasta el año 2019?

Fuentes de información: se describen diferentes las fuentes de información de acuerdo con el ámbito de exploración:

¿Cómo se seleccionaron? Las fuentes y recursos fueron seleccionados teniendo en cuenta la accesibilidad, el alcance y la cobertura del problema, con los siguientes criterios:

- Alcance geográfico: Portales y sitios web del nivel nacional.
- Cobertura temática: Portales, sitios web y bases de datos o repositorios institucionales o temáticos dedicados a los temas del problema de implementación de la estrategia preventiva en salud bucal de Colombia, vinculándose con las siguientes palabras clave: salud bucal, salud oral, políticas en salud, promoción y prevención, atención primaria en salud, odontología, implementación.
- Entes productores: entidades reguladoras y autoridades sanitarias, instituciones académicas, agencias de evaluación de tecnologías.

Cuadro 3. Fuentes de información documental.

	INFORMACIÓN LEGISLATIVA	INFORMACIÓN CIENTÍFICA	INFORMACIÓN OPERATIVA
Descripción	Normas, instrumentos legales y publicaciones oficiales nacionales	Los documentos académicos, (de las instituciones académicas de reconocida trayectoria y autoridad en las áreas del problema; publicaciones científicas y divulgativas nacionales y regionales especializadas	Documentos, reportes, informes, planes, programas, estrategias propias de los entes territoriales y organizaciones como Aseguradoras EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, gremios profesionales, Departamento Nacional de Planeación; vinculados al problema de investigación.
Fuentes	Repositorio de normas e instrumentos legales del Ministerio de Salud y Protección social de Colombia, Repositorios en páginas web oficiales de Entidades territoriales, otras fuentes que incluyen secretarías, órganos nacionales de ciencia y tecnología, portales estatales de sectores relacionados con ciencia, tecnología e innovación, y portal del diario oficial nacional.	PubMed Scopus Bireme/Lilacs LAReferencia Scielo Redalyc Latindex Dialnet Google scholar Los repositorios de las Universidades e Instituciones seleccionadas.	Sitios web, portales y repositorios de las entidades reguladoras y autoridades sanitarias como el Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías de Salud departamentales y municipales, Departamento Nacional de Planeación DNP, centros de investigación, agencias de evaluación de tecnologías, sitios Web oficiales del gremio odontológico, páginas web oficiales de entidades territoriales departamentales y municipales, observatorios de salud. Buscador de Google.

Criterio selección	vinculados directa o indirectamente con la normatividad para la atención preventiva en salud bucal incluida en la resolución 412 del 2000, en las RIAS, y en adelante.	Pertinencia de la evidencia según el alcance del problema, entre enero 2001 a septiembre de 2019. Los documentos académicos (cuyo contenido sea local) de análisis político y técnico relacionados con la atención preventiva en salud bucal de Colombia desde la entrada en vigor de la resolución 412 del 2000	Pertinencia según el problema de investigación, informes entre febrero del 2000 a septiembre de 2019
---------------------------	--	--	--

Fuente: propia de autores.

Descripción Componente 2. Entrevista a actores clave

Fuente de información. Primaria: Actores clave en el proceso de implementación de la estrategia

Muestra: Se realiza una invitación dirigida a los referentes de salud bucal por niveles del sistema de salud colombiano (Autoridad sanitaria; Aseguradora; Prestadores. Cuadro 4) partiendo de un muestreo no probabilístico por criterio (79), obteniéndose una muestra heterogénea con individuos voluntarios que permitió explorar diferencias en la experiencias de distintos actores en los niveles clave del sistema de salud involucrados en la implementación de la estrategia.

Criterios de inclusión: Actores clave en la implementación de las actividades de atención preventiva en salud bucal en diferentes niveles, de acuerdo con la resolución 3280 del 2018 (80) y que firmaran el consentimiento informado.

Cuadro 4. Selección de Participantes y número de entrevistas.

Niveles	Nacional	Territorial
Autoridad sanitaria	Referente en salud bucal MINSALUD ciudad de Bogotá (# de entrevistas:1).	Referentes de salud bucal Secretaria de Salud municipal Cartagena y Bogotá (# de entrevistas 2)
Aseguradora		Referente de salud bucal EPS contributivo nacional y EPS subsidiado Bolívar (# de entrevistas:2).
Prestadores		Coordinador de Promoción y prevención IPS contributivo Bolívar; referente de salud bucal ESE Red suroccidental Bogotá. (# de entrevistas:2).

Fuente: propia de autores

En un esfuerzo por operacionalizar la investigación de la implementación, el CFIR se enmarca en cinco dominios principales, cada uno de ellos con constructos y subconstructos relacionados que describen el dominio principal: las características de la intervención, el entorno interno y externo de las organizaciones implementadoras, las características de los individuos involucrados y el proceso mediante el cual se lleva a cabo la

implementación. Estos dominios, de acuerdo con esta teoría, inciden positiva o negativamente en la efectividad de la implementación. El CFIR aporta a los criterios de credibilidad, facilitando la triangulación de datos, el análisis y su retroalimentación; de igual modo, facilita la transferibilidad y la confirmabilidad (Estándares en investigación cualitativa - SRQR-O'Brien BC y cols 2014).

El uso del CFIR, dada su estructura genérica, requiere un proceso de ajuste al contexto de la investigación, en este bloque el investigador, el director y un tercero neutral identificaron y seleccionaron, mediante consenso deliberado, los dominios, constructos y subconstructos relevantes acordes a la fase y los procesos de implementación, contrastando estos conceptos con los definidos en el SGSSS y con los propios de la estrategia preventiva de salud bucal de Colombia y las necesidades de información que pueden aportar los actores en cada nivel, resolviendo que los mismos serán extraídos de las percepciones de los entrevistados y de la revisión documental, reportando en resultados aquellos que cumplan el criterio de saturación (90).

Ejecución de las entrevistas:

A partir de los hallazgos normativos y estadísticos derivados del objetivo 1, se construyó una guía con contenidos clave a tratar durante las entrevistas a profundidad. La guía fue previamente valorada por un juez experto en cuanto a la claridad del lenguaje, comprensión del propósito de la investigación y su exhaustividad. (anexo 5). Las entrevistas se coordinaron con los actores en lugar, fecha y hora, proporcionando a cada uno el consentimiento informado (anexo 6) con la temática a tratar con al menos 2 semanas de anticipación de manera que pudiera ser objeto de reflexión. Se fomentó la conversación abierta para abarcar información amplia. Se respetó en todo momento la autonomía y la privacidad del participante.

Recolección y análisis de información:

Se identificó y agrupó la información legislativa y operativa relevante al objetivo en matrices en Excel y Word. La información científica finalmente obtenida se utilizó como respaldo a la discusión del estudio. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas por el investigador principal, reproduciendo fielmente lo expresado en la sesión, asegurando el anonimato de los entrevistados mediante su codificación, y su custodia exclusiva por parte del investigador.

De acuerdo a Ulin (79) y las consideraciones para un análisis de contenido, apoyado en el software NVivo®, el investigador principal y un juez externo con conocimiento del CFIR, análisis de política sanitaria y magister en salud pública realizaron de forma independiente: lectura de los datos; codificación de los extractos agrupados de la información legislativa, científica y operativa y de las transcripciones anonimizadas de los actores entrevistados (Autoridad sanitaria, Aseguradora y prestador). La codificación siguió un procedimiento deductivo que permitió identificar y vincular textos de acuerdo con las descripciones de cada uno de los constructos CFIR (Damschroder 2009(Ibídem), evidenciando así diferencias para cada fuente de información, finalmente fueron reportados aquellos que cumplieron el criterio de saturación. Los analistas se reunieron y se discutieron diferencias acordando categorías finales para aportar a la rigurosidad del proceso analítico (91). Los datos obtenidos se presentaron a los participantes a fin de agregar, validar o confirmar hallazgos.

Para definir barreras o facilitadores, se llevó a cabo una estrategia de calificación a partir de los criterios de evaluación presentados por Damschroder y Lowey (2013), identificando el tipo de influencia del constructo para la implementación [positiva (facilitador) o negativa (barrera)], se calificó como neutro +/- aquellos constructos cuyas respuestas resultaron contradictorias entre sí. Cada código posee criterios básicos para su calificación (anexo 2.1). El investigador principal y un juez externo, posterior a una lectura general de todas las fuentes, deliberaron sus puntuaciones, acordando calificaciones finales y se observaron las diferencias de las calificaciones entre las fuentes.

Las barreras y facilitadores identificados orientan las recomendaciones finales para el mejoramiento en la implementación de la estrategia. La información científica obtenida fue finalmente incorporada para respaldar la discusión, por lo cual no se incorporó en los resultados de este objetivo.

Vale la pena resaltar que un marco conceptual como el CFIR es un sistema de conceptos, creencias y teorías que "explica de forma gráfica o narrativa, los factores clave, constructos o variables demostrados en investigaciones anteriores" que influyen en un fenómeno de interés. Apunta a incrementar la eficiencia de la investigación y la generalización e interpretabilidad de sus resultados (71,106).

Figura 1. Resumen analítico



Fuente: propia de autores

4.2.3 Objetivo 3:

Integrar y contrastar los hallazgos identificados en los registros de atención preventiva, la revisión documental y las entrevistas a actores clave.

Finalidad: Debido a la complejidad del problema de investigación y los procesos de implementación que implica el sistema de salud y los múltiples aspectos involucrados, integrar y contrastar los hallazgos entre las diversas fuentes y entre enfoques cualitativo y cuantitativo nos permite enriquecer la comprensión del fenómeno y establecer clara y exhaustivamente las recomendaciones para su mejoramiento.

Posterior al análisis individual de los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos en los objetivos 1 y 2 se triangularon los resultados (Norman Denzin 1970 (Ibídem)) en una segunda etapa identificando diferencias y ampliando la comprensión de los hallazgos al interior de cada enfoque y desde un enfoque a otro. Se utilizó una estrategia integradora (Leech y cols 2010 (Ibídem)) que, en lugar de mantener los conjuntos de datos separados, los datos cualitativos categorizados desde el CFIR se visualizaron desde un enfoque cuantitativo ('cuantificación'), teniendo en cuenta la cantidad de códigos para cada constructo, viendo así cuáles eran más recurrentes entre fuentes y actores. También algunos datos cuantitativos de las estadísticas de atención se analizaron como categorías ('cualificación') desde el CFIR (79).

5. Resultados

En este capítulo se presentarán los resultados a que dio lugar la implementación de los instrumentos descrita en el diseño metodológico. Se presentan textos, tablas y gráficos que sintetizan la información y dan pie a su análisis. Se reorganiza el texto de acuerdo con fuentes afines para facilitar una comprensión integral de cada una de ellas. No obstante, en cada uno de los acápites se hace referencia a que objetivo corresponde para apoyar su lectura.

ANÁLISIS DE FUENTE LEGISLATIVA.

5.1. OBJETIVO 1. Caracterización normativa por dimensiones de la estrategia de atención preventiva

En respuesta al objetivo específico 1 de caracterización, se identificó contenido relacionado con la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal del país en 107 documentos normativos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia que persisten vigentes o parcialmente vigentes desde el año 1962 hasta octubre del 2019 (ver anexo 7 con protocolo de búsqueda y codificación). Finalmente, a partir de un análisis inductivo de cada norma fueron extrayéndose temáticas diversas confluyendo en 6 grupos o dimensiones que permiten describir la estrategia con una mirada contextual. El contenido que describen los grupos ha persistido con ajustes mínimos desde la resolución 412 del 2000 y las normas que la reglamentan y/o modifican. Las dimensiones propuestas permiten comprender en qué área de la estrategia inciden las barreras y facilitadores en su implementación. La figura 2 plantea un orden, en la medida que la primera dimensión es base y necesaria para que pueda llevarse a cabo la siguiente y así, de manera sucesiva, hasta llegar a lo que concierne solo a aspectos técnicos de las intervenciones a las que tienen derecho las personas. Los contenidos de la norma técnica en SB de la Resolución 412 se centran en la dimensión 6 núcleo POS/PB, por lo cual un análisis que solo incorpore este lineamiento omitiría cuestiones de fondo para comprender la implementación de la estrategia.

Figura 2. Propuesta general de caracterización por dimensiones de la estrategia de atención preventiva en salud bucal a partir del análisis de contenido de la legislación en salud de Colombia.



Fuente: propia de autores

1. **Aspectos éticos y del ejercicio profesional en odontología:** Marco ético y conceptos que definen el ejercicio de la profesión odontológica, alcances y limitaciones dentro de la práctica. Se considera que esta dimensión es transversal, ya que es necesaria para operativizar las demás dimensiones de la estrategia.
2. **Inspección, vigilancia y control:** Consideraciones reglamentarias dentro del marco del SGSSS que apuntan al seguimiento de las acciones realizadas, velando por su cumplimiento con el objetivo de impulsar los logros propuestos en el país, el respeto a la ley, la salud y la seguridad de las personas. Los actores principalmente vinculados a esta función son la Superintendencia de Salud y las Entidades territoriales; de manera secundaria, las EPS frente a sus prestadores. A diferencia de la vigilancia que es permanente, la inspección se realiza de manera ocasional para corroborar el cumplimiento de la ley entre los actores del sistema (visitas y auditorias), el control, por su parte, otorga facultades para ordenar correctivos sobre las actividades irregulares y las situaciones críticas de orden jurídico, contable o administrativo.
3. **Responsabilidad de los actores involucrados en la implementación:** Conjunto de funciones delimitadas en la norma, que deben llevar a cabo cada uno de los actores involucrados en el logro de los objetivos que enmarca la prevención integral en salud. Los actores son el Ministerio de Salud y Protección social, Entidad territorial: Secretarías de Salud, Empresas Promotoras de Salud del régimen Subsidiado y Contributivo; prestadores: Empresas Sociales del Estado e Instituciones prestadoras de servicio de salud; usuarios.
4. **Planeación:** Acciones formuladas desde la norma cuyo objetivo se centra en generar esquemas de trabajo para el cumplimiento de objetivos en salud, esto incluye metodologías, instrumentos operativos, gestión de la información, propuestas de articulación dentro del sistema e intersectorialidad, objetivos, indicadores, metas y recursos para conseguirlas, incluye la necesidad de demanda inducida dado un análisis de la situación en salud, mecanismos de registro, reporte y evaluación de las acciones.
5. **Habilitación/acreditación:** Conjunto de normas, requisitos y procedimientos que demuestran el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema de salud, los cuales

buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios; son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).

6. **Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal:** Conjunto de normas e instrumentos científicos que sirven como guías y protocolos que evidencian las acciones dirigidas a la prevención en salud bucal. Éste incluye aspectos como los diagnósticos CIE-10 y procedimientos CUPS a los que tiene derecho el paciente y cuyo cumplimiento es de carácter obligatorio. Se identifican en esta dimensión dos núcleos de normas desde donde las personas reciben acciones preventivas concretas. El primer núcleo proviene del plan obligatorio de salud POS, también llamado Plan de beneficios (aunque ya técnicamente estos términos han variado, pero permanecen en esencia a cargo de aseguradoras financiados a partir de un recurso dirigido a cada afiliado o UPC) los resultados de este núcleo pueden evaluarse a través de registros del Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO de forma agrupada y en los Registros individuales de prestación de servicios de salud RIPS y un segundo núcleo que puede evidenciarse a partir de planes territoriales de salud con acciones que se suponen complementarias al POS permeadas por las políticas nacionales en salud pública. Esta dimensión da cuenta de exigencias de la norma que también incorporan acuerdos académicos. De forma general este compendio de normas apunta a reconocer la persona, su familia y la comunidad como la base de la atención preventiva en SB, desde la norma se pretende enfocar las acciones con base en un reconocimiento en las necesidades reales en salud y en el entorno. Este aspecto ha ido fortaleciéndose gradualmente desde el discurso normativo, aunque con algunas dificultades para su operacionalización.

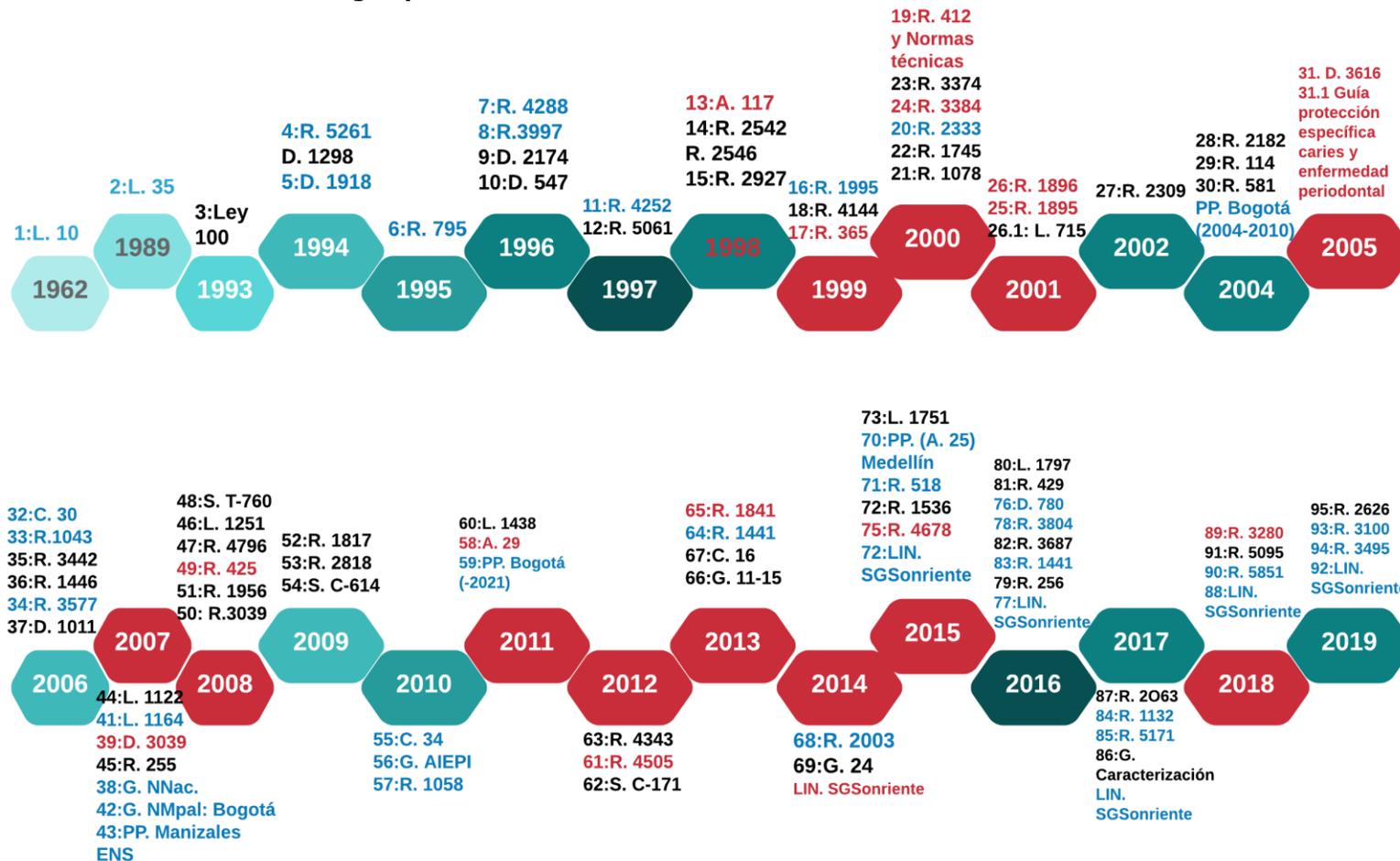
5.2. OBJETIVO 2. Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de salud bucal desde el nivel normativo.

En respuesta a uno de los componentes del objetivo 2, y en secuencia con el componente de leyes anterior, se analizan las barreras y facilitadores en el nivel normativo. De 300 normas en salud de Colombia identificadas, se seleccionaron, por investigador y juez experto, 107 documentos entre enero de 1962 y octubre del 2019 que cumplieron los criterios de inclusión (9 leyes, 8 Decretos, 61 resoluciones, 5 normas técnicas, 6 lineamientos de política, 6 guías, 3 circulares, 4 acuerdos, 3 sentencias) (figura 4, anexo 7).

Se resumieron los contenidos normativos en las 6 dimensiones descritas (figura 2) para comprender como a nivel país se describen las acciones alrededor de la atención preventiva en salud bucal. La norma técnica de la resolución 412 del 2000 solo refleja un aspecto restringido por lo cual para comprender de que trata la estrategia y así poder describir su implementación es necesario trascender las indicaciones mencionadas en esta resolución e identificar su alcance en la dinámica compleja del sistema de salud a partir de clasificaciones más amplias como por ejemplo las 6 dimensiones propuestas y con apoyo del marco CFIR.

Partiendo de un análisis deductivo, se identificaron extractos relevantes a la implementación y se realizó una división normativa entre barreras y facilitadores; las barreras se delimitaron como aquellas normas cuyo contenido incorporaba disposiciones con una influencia predominantemente negativa para la ejecución, donde se evidenciaron vacíos o limitaciones en su aplicabilidad o no demostraban aportes al mejoramiento de conceptos o disposiciones previamente reglamentadas (color rojo). Los facilitadores evidenciaban mayor potencial de aplicabilidad, ajuste de conceptos confusos o faltantes en normas previas y se presentan como ventanas de oportunidad desde lo normativo para fortalecer la implementación de la estrategia (color verde). La información se presenta agrupada de acuerdo con las 6 dimensiones propuestas para la descripción de la estrategia evidenciadas en la figura 2.

Figura 3. Evolución normativa. Numeración aleatoria que identifica por años la legislación vigente o parcialmente vigente con objetivos centrados en salud bucal (normas en azul) o que incorporan aspectos que reglamentan y/o modifican la ejecución de la estrategia preventiva en salud bucal (normas en negro) vinculadas a la resolución 412 del 2000. En color rojo se destacan hitos en la evolución de la estrategia que son detallados en el Cuadro



AZUL: normas cuyo objeto incorpora directamente el componente de atención preventiva en SB; **NEGRO:** Normativas con influencia indirecta para llevar a cabo la prestación. Ver anexo 5 con cada una de las normas, título, resumen de contenidos, codificación y aspectos de jurisprudencia como su vigencia.

En general, como se puede apreciar en las figura 2, en este acápite el análisis del corpus de documentos legales se abordará a partir de las siguientes categorías: aspectos éticos y del ejercicio de la profesión; inspección, vigilancia y control; responsabilidad de los actores involucrados en la implementación; planeación; habilitación/acreditación y aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal, con una descripción interpretativa global de las dimensiones en línea con su potencial influencia en la implementación.

Evaluación del Dominio entorno externo, constructo políticas e incentivos externos

A partir del agregado de normas, y la posterior caracterización multidimensional de la estrategia (Figura 2) se propuso definir si el constructo Políticas e incentivos externos del Dominio Entorno externo, constituye una barrera o facilitador en la implementación de la estrategia.

Para el CFIR el constructo políticas e incentivos externos que hace parte del Dominio Entorno externo se resume como una construcción amplia que incluye estrategias externas para difundir innovaciones, incluyendo políticas y regulaciones (gobierno u otra entidad central), mandatos externos, recomendaciones y pautas, pago por desempeño, colaborativos y lineamientos de referencia, y otros relacionados, se supone que estos incentivos plantean evidencia fuerte (directa o indirecta) encaminada a incrementar la motivación entre los involucrados para implementar una intervención, aunque no necesariamente garantizará la capacidad suficiente en las organizaciones para llevarla a cabo. De acuerdo con este marco pueden tener una influencia negativa si existe una relación de confrontación entre la entidad que dispone y los implementadores. En este contexto, las personas u organizaciones pueden encubrir o participar de manera cuestionable en lugar de hacer un verdadero uso comprometido.

De acuerdo con los hallazgos el constructo políticas e incentivos externos recibe una calificación global neutra dada su influencia mixta (color naranja), aunque es claro que algunas dimensiones se inclinan a tener más incentivos conflictivos (barreras) que facilitadores (oportunidades de implementación) o viceversa. Este análisis, al abordar la norma de forma exhaustiva, también nos permite responder de donde surgen ciertas creencias y maneras de ejecutar la estrategia.

5.2.1 Aspectos éticos y conceptuales de la profesión (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)

Las normas que integran este componente pretenden incidir de forma importante en las características y participación de los individuos involucrados como aspecto clave en la implementación (ver figura 3 y 4).

El marco ético identificado exige al odontólogo dedicar a sus pacientes el tiempo suficiente para hacer una evaluación adecuada de su salud bucal. Aunque esporádico, pero se menciona que el odontólogo debe fomentar medidas que beneficien la salud general de la comunidad. Se menciona que tiene la responsabilidad de aplicar sus conocimientos en el diagnóstico precoz de las enfermedades de la boca y de las enfermedades generales que presenten manifestaciones bucales, valiéndose de todos los medios diagnósticos a su alcance. Esta explícito que el odontólogo debe prescribir y supervisar el trabajo de la auxiliar. Ley 35 de 1989.

En la ley 100 de 1993 la práctica tiene un marco fuerte en la lógica del aseguramiento, lo cual se traduce en lograr coberturas y ofrecer atención en consulta, aunque no se garantice el acceso ni mucho menos resultados en salud. El artículo 32 menciona que

“para obtener calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de la productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia”.

De igual modo, esta Ley en el artículo 193 indica que se les permite a las IPS privadas implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral teniendo en cuenta el rendimiento de los individuos. No es claro por tanto los incentivos que promuevan la ética, la calidad del servicio y el desempeño del personal en el ambiente laboral.

Se adjuntan múltiples y complejas responsabilidades a una figura clave llamada Consejo Nacional del talento humano en salud en el cual la representación de los beneficiarios y profesionales es mínima. Esta misma ley considera que la promoción en salud es posible desde los servicios de salud. La resolución 5241 del 1994 sujeta las actividades curativas a las de higiene luego de haber alcanzado mínimo un 15% de placa bacteriana y la “motivación” del paciente. La atención odontológica no se articula con otras áreas de la salud. Las actividades desde 1994 profundizan en el plano bucal, centradas en el beneficio a nivel dental a partir de la higiene de los dientes, desde esta resolución no se contemplan acciones que

beneficien una visión integral de salud incorporando la salud bucal como parte de ella (Resolución 5261 de 1994, Art. 98).

La Resolución 5261 de 1994 menciona que el odontólogo y la auxiliar son un equipo de trabajo, definiendo un tiempo de consulta con un mínimo (no un máximo) de 20 minutos, se menciona también la importancia de incorporar a la familia en la estrategia. El artículo 53 menciona un concepto amplio de promoción y fomento a la salud. Por otra parte, el estado reconoce los aportes de la odontología a partir del servicio social obligatorio en regiones vulnerables y de difícil acceso (Resolución 1058 de 2010). El concepto del ejercicio en odontología se define centrándolo en el sistema estomatognático, desde este ámbito incorpora conceptos vagos en promoción de la salud y de su importancia en lo colectivo. (Ley 10 de 1962). Se evidencian textos donde se separa la salud bucal de la general, fomentando medidas específicas que podrían discutir con un enfoque integral (Ley 35 de 1989 art 45). Se menciona que el ejercicio de la odontología inicia en la prevención de enfermedades orales.

En general esta dimensión tiene poco desarrollo sin actualizaciones recientes. En las leyes que componen esta dimensión el mantenimiento de una lógica económica, con énfasis en controlar mínimamente el gasto generan presión en la ética y la autonomía en el ejercicio odontológico y el logro en salud de acciones preventivas pensadas en las personas que describe. Los mecanismos de contratación dejados a merced de las aseguradoras e IPS generan un marco difuso para la protección del trabajo. Las consideraciones de este grupo de normas podrían afectar constructos tales como la percepción de fuerza y calidad de la evidencia que soporta la estrategia, el clima de aprendizaje, la cultura organizacional, la identificación de los individuos en el sistema y la forma de ejecutar las actividades.

5.2.2 Inspección, vigilancia y control -IVC- (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)

De manera general en este conjunto de leyes que incorporan el componente IVC desde la ley 100 se plantea un esquema básico donde la Superintendencia Nacional de salud es el órgano clave para este fin, siendo una entidad adscrita al Ministerio de Salud, pero con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Su labor es amplia pues incluye verificar la gestión de EAPB, IPS, Secretarías de Salud y ESE, determina los mecanismos operativos y administrativos para el cumplimiento de sus funciones, velar que las entidades suministren a los usuarios toda la información de las operaciones; y habilitar a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen

subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. No obstante, con limitaciones para garantizar la prestación adecuada de los servicios hasta la publicación de la ley 1122 del 2007 y, más reciente, con la ley 1797 de 2016 donde se le anexan funciones jurisdiccionales para conocer y fallar en derecho, con funciones de juez para la protección del usuario y mayores facultades sancionatorias a EPS y e IPS. En el acuerdo 117 de 1998 y la Resoluciones como la 412 del 2000 los incentivos se orientan al cumplimiento de las acciones para evitar sanciones mas no de objetivos en salud.

En la Resolución 3384 del 2000 se menciona que no es obligatorio para las EPS cumplir lo incluido en las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública entre ellas la de protección específica de caries y enfermedad periodontal, a su vez la estimación de personas a atender esta muy ligada a la calidad de los sistemas de información y las metodologías de caracterización. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC presenta un fuerte énfasis en lo estructural e indicadores a vigilar como los de oportunidad de la cita, que no profundizan en aspectos críticos de la calidad de la atención preventiva en odontología (Decreto 2309 de 2002 derogado por el artículo 57; Decreto 1011 de 2006). Por lo tanto, se complejiza vigilar integralmente poblaciones y acciones que no están claramente establecidas.

Desde la ley 100 del 93, pasando por la resolución 2309 del 2002, la Ley 1122 del 2008, la Ley 1438 del 2012, la Resolución 4505 de 2012, la Resolución 1841 del 2013 y la Resolución 1536 del 2015, las Entidades territoriales poseen acciones de vigilancia a las IPS de su jurisdicción, pero en cuanto a las aseguradoras del contributivo sus labores se orientan principalmente al acompañamiento, coordinación y asistencia técnica. Las aseguradoras del contributivo son vigiladas y habilitadas por parte de la Superintendencia de Salud. Es así como se promueve en las Entidades territoriales un rol más de acompañante que como líderes con rectoría fuerte en el proceso.

La norma ha dispuesto para las direcciones territoriales la vigilancia principalmente a IPS (Decreto 2309 de 2002. Artículo 57 Decreto 1011 de 2006), y describe otras formas que permitirían a estas entidades velar por una mejor prestación de servicios en su territorio a otros actores "Programar en la línea operativa de gestión de la salud pública, las acciones de coordinación, asistencia técnica, gestión programática, vigilancia y seguimiento en el ámbito de su competencia dirigida a las EPS, EAPB y ARL" (Artículo 16 Res 1536 del 2015; Acuerdo 117 de 1998; Resolución 412 del 2000 y el Ley 715 de 2001 artículo 43 y 44; Decreto

039 del 2007; Resolución 425 del 2008 artículo 18; Resolución 1841 de 2013 artículo 44; Decreto 1011 de 2006 integrado al DUR 780 DE 2016). Por otro lado, las EPS, ARL y otras EAPB deben auditar el cumplimiento de la norma en salud en las IPS que contrate.

Desde el acuerdo 117 de 1998 y la Resolución 412 del 2000, no se definen claras competencias y formas de operativizar la vigilancia por parte de las entidades territoriales a las EPS contributivo promoviendo interpretaciones variadas de la norma, presenta una diferencia en el flujo de información donde las EPS contributivo reportan directamente al MinSalud y la Superintendencia, y las aseguradoras del régimen subsidiado primero a las Entidades territoriales y luego estas al MinSalud, luego debe esperarse la retroalimentación por parte del MinSalud a los reportantes. La comprensión de este punto es compleja, es preciso que la norma sea más sencilla en estas definiciones, así que las facultades de inspección, vigilancia y control propias de la Superintendencia Nacional de Salud no lleguen a confundirse con la coadministración de la entidad territorial y su alcance como parte del proceso de control, facilitando mecanismos que fortalezcan la autoridad sanitaria territorial. En un sistema de salud con múltiples actores e interés involucrados, las acciones de Inspección, vigilancia y control son muy importantes para asegurar finalmente la protección del derecho a la salud en las personas, con intenciones muy positivas a nivel de leyes y decretos, pero con aspectos conflictivos y/o confusos que persisten a nivel de resoluciones para ser ejecutados en la práctica.

Las normas que integran este componente se relacionan con el aseguramiento de las condiciones a nivel interno en las instituciones. La forma como se llevan a cabo estos procesos es muy sensible a esta dimensión (ver figura 3 y 4).

5.2.3 Responsabilidad de los actores en el sistema de salud (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)

De acuerdo con lo observado las responsabilidades que le corresponden a las direcciones territoriales son claves para asegurar el cumplimiento de las acciones preventivas en salud bucal, su planeación, su ejecución, su monitoreo y su evaluación. Dado su alcance, algunas figuras aunque en algunos casos difusamente descritas, pueden funcionar como apoyo en la implementación exitosa, entre ellas se identificaron los comités técnico-científicos (Res 5061 del 97), el Observatorio de talento humano en salud (Ley 1164 del 2007, Resolución 1536 de 2010); la Dirección de Epidemiología y Demografía (DED) como evaluadora y gestora del

conocimiento la cual de manera reciente ha delimitado un set de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales que generan al país información en salud apoyados en el SISPRO, gestionan conocimiento y difunden resultados (modelo ROSS).

Otras figuras son la Oficina de Tecnologías de la Información y la comunicación; el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (R. 425,2008), la Comisión Intersectorial de Salud Pública (R. 518,2015); y las Autoridades responsables de la planeación integral para la salud (R. 1536 del 2016). Por su parte, El INS es una figura relevante "Será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial..." (L1438011, p.8) además de "generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas..." (L1438 de 2011, art 9), aunque esto plantea cuestiones problemáticas dado que enfocarse en el monitoreo de indicadores de salud pública excluye técnicamente a las acciones de protección específica de salud bucal que no son consideradas de esta forma por la ley. Los Colegios profesionales del área de la salud describen funciones clave

"son organizaciones sin ánimo de lucro, originadas en el ejercicio del derecho a la libre asociación de profesionales del área de la salud que se congregan bajo una estructura democrática con la finalidad de promover la utilidad y el significado social de una profesión del área de la salud" (Artículo 2.7.2.1.2, Ley 1164 de 2007).

En cuanto a barreras, más que contar con funciones, al parecer el contenido legislativo en definición de responsabilidades debe alinearse con claras formas de garantizar el cumplimiento de estas en lo operativo. Este componente también evidenció en ocasiones compleja su definición en parte porque los cambios normativos son constantes por lo cual la integración de las nuevas directrices, y el aprendizaje por parte de cada responsable puede ser difícil, lo cual promueve que se mantengan directrices ya derogadas durante un tiempo antes que inicie la actualización de las más recientes. Por otra parte, suelen utilizarse frases ambiguas que pueden interpretarse de diferentes formas generando ciertas limitaciones y discusiones en la práctica, por ejemplo:

- "para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos". Ley 1122, 2007, Art. 13. Aquí es

crítico entender las diferencias entre racionalizar y racionar la demanda de servicios

- la demanda inducida como responsabilidad de los equipos básicos de salud. (Ley 1438, 2011) Esto podría interpretarse como un compromiso exclusivo de los que atienden a los pacientes;
- "El Comité Técnico - Científico deberá atender las reclamaciones que presenten los afiliados y beneficiarios de las EPS en relación con la ocurrencia de hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al usuario respecto de la adecuada prestación de los servicios de salud". (Resolución 5061, 1997, Art. 2). Esto excluye otros márgenes de acción necesarios para garantizar esa protección de derechos
- "Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones... b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema". Artículo 43 ley 715 del 2001; Art. 1 del Decreto 1485 de 1994, aclarado por el Decreto 1609 de 1995. Esa condición de "*procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible*" es de difícil comprensión con una tendencia a lo laxo en la garantía de una verdadera gestión del riesgo.

Al parecer la definición de esta dimensión normativa es muy importante de manera global en la implementación. Los contenidos normativos para este componente son amplios y se encuentran prácticamente en todas las disposiciones las cuales se desarrollan particularmente en las resoluciones, acompañando así los objetivos trazados en escalas normativas superiores incorporando las funciones que cada uno de los responsables en la implementación debe realizar para lograrlo. De acuerdo con encontrado algunas responsabilidades en la forma como están redactadas pueden superponerse entre ellas favoreciendo confusiones y retrasando o entorpeciendo la implementación adecuada de la estrategia en un sistema de salud con múltiples actores involucrados.

5.2.4 Planeación (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)

El Acuerdo 117 de 1998 establece que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana "no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto, las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas y Transformadas deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la

colectividad". La resolución 3997 de 1996 mencionaba la importancia de caracterizar la población, diseñar acciones a nivel familiar y colectivo, diseñar materiales didácticos por parte de EPS e IPS y realizar alianzas con grupos variados como IPS públicas y privadas, sector académico, asociaciones científicas, ONG, alianzas de usuarios, Comités De Participación Comunitaria En Salud COPACOS para llevar a cabo estas actividades. El acuerdo 117 de 1998 menciona que el Ministerio de salud determinaría los niveles de calidad, suficiencia y cobertura mínimos aceptables con el compromiso de actualizar periódicamente estas acciones. Con la resolución 412 el control de la información lo realiza el Ministerio de Salud coordinando con la Supersalud los cuales establecen la necesidad de correctivos o sanciones. También son los encargados de realizar asistencias técnicas para la implementación apropiada de estas normas por parte de las administradoras.

El Ministerio de salud desde la ley 100 viene legislando y ajustando metodologías para la planeación con un enfoque centrado en el aseguramiento y la eficiencia vista en coberturas y control del gasto. De manera particular en salud bucal su incorporación en la planeación nacional y territorial es visible desde el acuerdo 117 de 1998 el cual incluye ciertas acciones preventivas como actividades de protección específica, que luego se consolidan en la Resolución 412 del 2000 clarificando las frecuencias y aspectos para su implementación esta resolución fomenta la atención a través de los sistemas de salud y el análisis reducido a factores de riesgo. Las consideraciones para planear estas actividades fueron detallando en posteriores resoluciones por ejemplo, la adopción del CIE-10 en 2003, los CUPS en 2001 y las acciones que deben ser garantizadas por las aseguradoras encargadas según el Decreto 3039 de 2007 a través de la gestión social del riesgo concepto redefinido en la Ley 1122,2007 como gestión del riesgo en salud el cual abarca las funciones de las direcciones territoriales y la administración de recursos sujetos a la UPC del año en vigencia y las prioridades institucionales.

En cuanto a las metas, se encuentran muy centradas en frecuencias al inicio en 1996 se enfocaba en reportar acciones de primera vez y repetidas por grupos quinquenales. Posteriormente, en la resolución 3384 del 2000 donde se menciona nuevamente la responsabilidad de las administradoras y direcciones territoriales en cuanto a la planificación estratégica para la garantía en el acceso a la población a dichos servicios con calidad, la meta se propone en 20% (la más baja entre otras áreas de la salud allí descritas) para control de placa, detartraje, topicación de flúor, sellantes de autocurado y sellantes de fotocurado (entre otras cosas como si el método de polimerización hiciera alguna diferencia).

Esta misma resolución establece una matriz de programación que discute con la Resolución 412 del 2000. Excluye los 19 y 20 años, el detartraje lo coloca una o menos de una vez al año y sugiere abordar la población como si todos ya hubiesen recibido controles de placa previos, calculando sellantes mínimos de acuerdo con el momento de la erupción dental. De igual modo, deja como indicador de cumplimiento solo al control de placa. De manera general esta resolución es compleja para operativizarla afecta los derechos en salud adquiridos, la autonomía profesional, aspectos éticos de la práctica, y es confusa para tomadores de decisiones. La resolución 4505 de 2012 mantiene como única actividad a reportar el control de placa y la presencia de fluorosis. Las categorías relacionadas con estos últimos también son cuestionables en cuanto a su significado y pertinencia, aquí los cálculos de la población a intervenir siguen basados en los sistemas de información en salud y estadísticas poblacionales, las líneas base normalmente basadas en resultados del ENSAB III y IV. Es positivo la consideración de índices como el ICDAS (Sistema Internacional de Detección y Diagnóstico de Caries) y COP (dientes cariados, obturados y perdidos). No obstante, deben ir acompañadas de capacitación continuada, valorarse sus fortalezas y limitaciones como indicadores en el contexto de implementación y también las adaptaciones al sistema de información que se requieren para su integración.

Otras iniciativas políticas como el plan nacional de salud bucal Resolución 3577 de 2006 sigue centrando el objetivo en la atención desarticulada de otros sectores sociales y de la salud, con limitaciones en la forma de operativizara y del liderazgo encargado de desarrollar las líneas propuestas. Esta normativa hace énfasis en la importancia de la participación de las personas, gremios y universidades, de la educación en derechos y deberes, el enfoque integral y el mejoramiento en el diseño de indicadores y metas. Entre sus metas se encuentra el desarrollo de capacidades de gestión, desarrollo de estrategias de demanda inducida, fortalecimiento de la investigación y el diseño e implementación de modelos de atención. También incorpora la necesidad de incorporar la salud bucal en planes territoriales. Este aspecto se evidencia en el plan nacional de salud pública en 2007 y el Plan decenal en 2012, del primero al segundo plan se avanza un poco en incorporar este componente de forma integral, con acciones que persisten en lo individual y mantienen como guías indicadores de condición dental. Lo que estos planes abordan es un resumen de las acciones ya mencionadas en las resoluciones previas, solo que, dentro de un grupo de condiciones crónicas, pero aún su enfoque integral es muy cuestionable y requiere liderazgo para hacerlo operativo.

La Resolución 4288 de 1996 a través del Plan de atención básica, luego llamado plan de salud pública de intervenciones colectivas PIC a partir de la resolución 425 del 2008 junto al decreto 3039 2007 y la Resolución 518 de 2015 con acciones preventivas a cargo de las entidades territoriales resuelve incorporar acciones preventivas en salud bucal contratadas preferiblemente con prestadores públicos, como la fluoración tópica, sellantes y detartraje desde 1996 y jornadas de higiene, tamizaje e información, educación y comunicación en 2015 que según apuntan a impactar determinantes sociales en salud con actividades que deberían complementar las acciones cubiertas por el POS, sin embargo estas actividades propuestas para salud bucal y otras como la "*Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el ámbito hogar, ámbito laboral, escolar y en instituciones como guarderías y hogares de bienestar*"(Resolución 518 de 2015), son contrarias a la intención central de esta resolución dado que estas actividades no impactan determinantes y aunque sean en otros ambientes impactan desde lo individual y ya son incluidas en los planes de beneficios desde antes del 2000.

La ley promueve la caracterización por parte de prestadores y aseguradoras, esto genera un conflicto de interés dado su necesidad de controlar costos, esto es visible desde la resolución 1536 del 2015 donde la incorporación de las actividades preventivas en SB pasan por una caracterización y priorización inicial por parte de las aseguradoras, posteriormente la evaluación y priorización por autoridades territoriales como Gobernadores y el Consejo territorial de planeación para finalmente incorporarse a un plan de salud territorial si es que llega a considerarse relevante. Por lo tanto, pese a que algunos componentes de prevención en SB impulsados desde el plan nacional de salud pública en 2007 y el plan decenal de salud pública en 2012 impulsan su consideración e incorporación en los planes de intervenciones colectivas incluidos en los Planes de desarrollo territoriales, la consideración del componente de salud bucal en el análisis y la priorización de las EPS seguirá muy sujeta a su proceder debido a las responsabilidades otorgadas a estos actores en la resolución anteriormente mencionada y otras como la 3039 de 2007. Se requiere un abordaje apropiado para poder articular lo identificado en los afiliados desde los servicios y lo que se visibiliza en los sistemas de información y lo que resuelven los tomadores de decisiones como prioritario. Esto ocurre en un marco más amplio de problematización territorial también sujeto a un porcentaje de participación dentro de los recursos destinados al componente de Salud Pública para financiar PIC, los cuales no presentan variaciones relevantes desde 2002 manteniéndose alrededor del 10% (Ley 1797 del 2016).

Las acciones que incluye la resolución 412 del 2000 fueron contratadas por capitación hasta 2013 (es decir mediante pago previo de acuerdo con cálculos de necesidades) a partir del cual las administradoras pueden utilizar el mecanismo de contratación a su criterio (1122/2007 y 1438 del 2011). Desde el 2000, surgieron algunas normas como el Decreto 1011 del 2006 y la Resolución 256 del 2016 que establecen indicadores cuestionables de calidad que deben reportar IPS y EPS, los cuales incluyen solo la oportunidad en asignación y atención a citas odontológicas.

Existe la posibilidad de articular con otras normas como la del tabaquismo, la del adulto mayor, la de gestantes, aunque no está explícito el componente, pero son plataformas que apuntan en su objetivo general a planificar acciones con un enfoque integral e intersectorial. El AIEPI desde el 2010 es una oportunidad observada que pretende impulsar la planificación de acciones para grupos poblacionales clave, no obstante, aparece en las normas el AIEPI por un lado y las acciones en salud bucal por otro afectando su identificación por los participantes en la implementación para incorporarlo como potencial estrategia, solo en el plan nacional de salud pública de 2007 se menciona AIEPI en el componente de salud bucal, pero debe articularse mejor.

Desde lo normado este componente en condiciones favorables podría reflejar una influencia predominantemente positiva en la dinámica interna de las organizaciones involucradas pues la atención preventiva en salud bucal y se mantiene constante en la legislación en salud y se intenta incorporar, aunque más recientemente en diferentes momentos de la vida de las personas y se afianza progresivamente como parte de un concepto amplio de enfermedades crónicas no transmisibles y su aporte en el abordaje integral de las mismas. Se enfatiza, aunque someramente su importancia para el logro de la salud integral y propone disposiciones flexibles que permiten a líderes motivados encontrar espacios para presentar propuestas innovadoras en este componente en diferentes áreas de la salud y formas de planeación territorial.

No obstante, se centra en lo intramural limitando el alcance de la estrategia, no son claros los incentivos a la demanda inducida y las formas de ejecución de manera diferenciada. Estos incentivos en planeación se orientan al cumplimiento de acciones para evitar sanciones. Falta claridad conceptual para delimitar que se concibe como *promoción de la salud*, *promoción del acceso*, *promoción del cuidado bucal* y cuál es el alcance y contexto de lo considerado como *acciones preventivas* y a su vez, la diferencia entre un enfoque colectivo y la realización de acciones individuales en lugares comunitarios como colegios. En general la norma debe ser más clara en cuanto a las formas de materializar la participación,

espacios, calendarios, organismos responsables y veedores para garantizar la implementación. Las herramientas del sistema de información y los mecanismos de caracterización y priorización deben generar datos pertinentes y facilitar una planeación alineada con el derecho en salud más que en una forma de racionar la atención e invisibilizar la salud bucal como parte de ello. las iniciativas legislativas al ser constantes y de alto volumen pueden afectar la planeación coordinada, oportuna y efectiva. Ya que los mecanismos de contratación quedan a criterio de las EPS, la vigilancia de estos es clave para que los mismos no entren en conflicto con los objetivos preventivos. Falta actualizar guías y repensar indicadores que más que rendimiento (cobertura) midan también procesos y resultados en capacidades y en salud. Existe la necesidad de ajustar instrumentos operativos para incrementar la comprensión y mejoramiento del sistema de información como herramienta para el reporte útil y válido de las actividades realizadas que promuevan la planeación informada. Los planes colectivos abordan un resumen de las acciones, pero cuyo enfoque integral y verdaderamente colectivo es cuestionable y requiere liderazgo y otras competencias en el talento humano para su implementación.

5.2.5 Habilitación (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)

Este componente delimita diferentes requisitos de estructura, financieros, administrativos y de talento humano que van generando líneas que dirigen la manera de evaluar los servicios desde este ámbito. Esta dimensión requiere atención debido a que las normas se han mantenido con escaso desarrollo en estándares de habilitación para los prestadores en odontología, algunas mejoras en las descripciones, pero poco relevantes para impulsar progresivamente la implementación. No podemos pensar en acciones de calidad en la atención preventiva a nivel intra y extramural sino procuramos excelentes estándares de verificación para su cumplimiento. Esto involucra entender cómo se dan estos procesos y como deben valorarse esas capacidades, la norma le deja mucha responsabilidad a la experticia del verificador.

Desde la Resolución 4252 de 1997 el enfoque es intramural, con mínimas descripciones para evaluar capacidades encaminadas a la ejecución de actividades extramurales en odontología (Resolución 4796 de 2008), no se incluye la evaluación de estrategias o instrumentos que faciliten la adopción de la norma técnica. La evaluación de infraestructura no define condiciones con enfoque diferencial desde la odontología. La Resolución 2003 de 2014 menciona que para habilitar el programa de protección específica basta un odontólogo o un auxiliar lo cual es contrario a la

necesidad de supervisión de este último y la valoración previa descritos en la resolución 412 y 3280. Para la habilitación de Redes integradas de prestación de servicios son críticos los tiempos que pueden transcurrir cuando existe una inconsistencia en la propuesta de red dada por la administradora (puede llegar hasta 4 meses y 15 días), poniendo en riesgo la garantía de la calidad en la prestación desde lo que la habilitación permite en esos intervalos de tiempo.

Estas normas pueden ser facilitadores en la medida que poseen estándares como el de historia y registros clínicos donde se debe verificar las competencias en ese aspecto, también en cómo se realiza la interdependencia de servicios y los conocimientos en la norma técnica y guías para la protección específica, no obstante, para la resolución 3100 del 2019 no es una novedad por reportar el retiro o apertura de sillas odontológicas y esto puede ser un problema en la práctica, además que evidencia la invisibilización de esta área de la salud. La acreditación de las instituciones de acuerdo con los estándares propuestos podría ser un fuerte facilitador para mejorar la calidad de estas acciones a nivel de los servicios de salud, posee 9 Estándares vinculados a la evaluación de procesos en Promoción y prevención que van desde las capacidades del talento humano, la gestión de actividades, el desarrollo de iniciativas innovadoras, creativas, mecanismos de análisis de la población, evaluación de resultados en salud, de información a las personas, compromiso de la dirección, clara definición de las responsabilidades, articulación entre los profesionales, suficiencia de recursos entre otras, no obstante estándares como el #30 podrían arriesgar el enfoque en salud bucal dado que supedita las actividades al análisis de prioridades por parte la organización. (Resolución 5095 de 2018).

5.2.6 Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal (constructo políticas e incentivos externos, calificación mixta)

Antes del 2000, la ley consideraba obligatorio la realización de las siguientes actividades para la atención preventiva en salud bucal las cuales siempre se han dirigido a toda la población del país y de manera gratuita: para las personas entre 1 y 14 años = Educación; Control de placa bacteriana (CPB); Flúor tópico; Sellantes (S); Educación en higiene y autocuidado a la madre de menores de 1 año con remisión a examen para identificación de la condición bucal; para los mayores de 15 años= Detartraje supragingival (DS), Educación e higiene, control de placa bacteriana (CPB) y profilaxis. Esta resolución no especificaba frecuencias y tampoco contenía actividades dirigidas a gestantes (Resolución 3997 de 1996). Posteriormente con el Acuerdo 117 de 1998 y su operativización a

través de la resolución 412 del 2000 desaparece la educación y la profilaxis como actividades, recomendando el inicio de las acciones no desde el año de edad sino desde los dos años, describiendo nuevas las acciones y frecuencias de esta manera: CPB en personas de 2 a 19 años= 2 veces al año, en >19 años= 1 vez por año; aplicación de flúor en presentaciones gel y solución= desde los 5 a los 19 años sujeto a las condiciones del paciente y el juicio de operador; S= a juicio del operador; D= >12 años: una vez cada 6 - 12 meses o a juicio del operador. Las restricciones de la aplicación de flúor se limitaban a sitios con flúor en el agua aproximadamente 10 municipios. Con la resolución 4678 del 2015 se incorpora el barniz de flúor.

La resolución 412 del 2000 también incorporaba acciones de la estrategia en SB en su norma técnica para la detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor recomendando la revisión clínica y educación desde el primer mes y sugiriendo la remisión en mujeres embarazadas, igualmente, es importante destacar que solo se insta al médico a detectar necesidades de autocuidado. SB es omitido en la norma técnica para el adolescente y el adulto. En ninguna de estas normas pese a incluir las consideraciones de SB, no se visualizan en los flujogramas de atención o indicadores en otras áreas que garanticen la remisión.

La guía de salud bucal diseñada en el marco de la 412 en 2007 cuyo contenido se podría considerar más un protocolo sencillo pese a las limitaciones en el enfoque integral, diferencial, los soportes de evidencia científica, la consideración de eventos adversos de los procedimientos preventivos entre otros, agrega algunas consideraciones que amplían la norma técnica del 2000 como la consideración de índices ceo y COP, paciente sano con dentición temporal y permanente, y la necesidad de hacer actividades combinadas para incrementar la efectividad. Sin embargo, la Resolución 3384 del 2000 menciona que esta guía no es obligatoria por parte de las administradoras, dejando como referencia obligatoria la norma técnica con las limitaciones de contenido que ya poseía.

Existe poca claridad en la manera de articular las acciones preventivas para la SB en un marco integral. Se denota en documentos previos al 2000 y persiste en actualizaciones más recientes como la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio de 2013; la Guía de Práctica Clínica (GPC) Basada en la evidencia para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años y la promoción del desarrollo, detección temprana y enfoque inicial de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5

años en Colombia de 2014; la Guías de atención al paciente diabético e hipertenso (4003 DE 2008) y las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal.

El tema de salud bucal suele ser ausente o minimizado identificándose comentarios ante esta falencia tales como “Como mencionamos anteriormente y desafortunadamente, para el desarrollo de guías de práctica clínica en nuestro país, se tiene que plantear unos alcances y objetivos de cada una de las guías previo a su inicio para ver la factibilidad de su desarrollo. En este caso lo perteneciente al cuidado oral de los niños no fue posible incluirlo dentro de este proceso. Hay una guía propuesta por el ministerio que abarca este tema por lo cual no se justifica repetir esfuerzos con tan pocos recursos” (GPC para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años 2014 página 509).

Otras normas como la circular 34 del 2010 incluyen todo tipo de consideraciones complementarias desarticuladas y confusas para comprender e implementarlas en la práctica, por ejemplo, se enfoca en hablar de los riesgos en el uso del flúor, mencionando que de acuerdo con la evidencia en menores de seis años los geles o enjuagues de flúor podrían generar intoxicación aguda recomendando no utilizarlos en menores de 5 años, aunque luego insiste en el cumplimiento de las indicaciones de la resolución 412 que promueve el flúor desde los 2 años. Posteriormente menciona que el Acuerdo 8 del CRES desde 2010 dispone el abordaje preventivo desde los 0 a 18 años, pero luego cita la 412 que promueve acciones desde los 2 años. Considera que no debe utilizarse pasta dental fluorada en menores de 2 años pero luego dice que se debe fomentar la utilización de pasta con concentraciones de flúor menores de 500ppm en menores de 5 años y luego que si no se tiene acceso, hacer el cepillado con mayor frecuencia y con menor cantidad, lo cual no posee un fundamento científico de soporte y puede conllevar a un manejo errado acorde a la finalidad inicial y quizás la mejor forma de diseminar estas recomendaciones no sea a través de este tipo de mecanismos.

De manera más reciente la resolución 3280 del 2018 consolida estos procedimientos con un enfoque por ciclo de vida, define una consulta profesional por odontología 1 vez al año a partir de los seis meses de edad. Aparece el procedimiento profilaxis y remoción de placa bacteriana reemplazando por el Control de placa dental y la reducción a una cita en personas de 19 años en esta edad también se excluye la topicación de

flúor. Se reduce la profilaxis y remoción de placa bacteriana de cada año a cada dos años en personas mayores de 26 años. Fomenta el uso exclusivo de flúor en barniz. Los sellantes pueden aplicarse solo a partir de los 3 años.

La Ruta materno perinatal incluye la remisión a odontología, por otro lado, en los procesos a realizar por parte del odontólogo o el auxiliar se enfatiza el apoyo en programas preventivos a otras áreas de la salud. En los contenidos de otras consultas como la de atención preconcepcional no se incluye en el plan de cuidado de manera explícita el aspecto salud bucal para asegurar que se vaya educando a otros profesionales en la importancia de mirar este aspecto y hacer las remisiones, tampoco se articula claramente desde la atención para la promoción de la alimentación y nutrición.

Es claro entonces el papel del odontólogo para remitir, pero no de otros actores en función de la prevención en salud bucal. Falta desarrollo en los contenidos educativos a abarcar, pero eso podría hacerse en la planeación de las acciones, en general esta última resolución, aunque ahora sin claridad para continuar su implementación debido a su derogación y la nueva disposición (Resolución 2626 del 2019), lo que incluye no difiere de manera importante con procedimientos ya incorporados, pero si afina aspectos de historia clínica y caracterización de pacientes. En las RIAS donde se detallan las intervenciones para *la familia como sujeto de atención* el odontólogo no hace parte del equipo de valoración integral. En las otras edades en vez de no colocar nada, La incorporación de las acciones en salud bucal desde el nivel colectivo va a depender mucho de las capacidades científicas y de liderazgo de los involucrados ya que estas no se encuentran especificadas para darle la relevancia que se requiere y también dependerá de las prioridades del Plan territorial de Salud.

Cada uno de los procedimientos preventivos tienen una codificación asignada por la norma que se incorporan como códigos únicos de procedimientos CUPS desde la resolución 1896 del 2001, no obstante la coherencia de estos procedimientos con la posibilidad de un código diagnóstico no existe debido a las limitaciones que presenta el CIE-10 para salud bucal, en el cual se identifica como potenciales pero ambiguos y sin soporte científico-técnico solo en el capítulo XXI el código Z01 = Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado y el código Z01.2 = Examen odontológico.

En el capítulo XXI Existe otros códigos con potencial de ser utilizados tanto para acompañar procedimientos específicos como para identificar

problemas sociales y familiares, por ejemplo: Z76.2 Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos; Z74.1 Problemas relacionados con la necesidad de ayuda para el cuidado personal. En el capítulo XI existen diagnósticos también a considerar y que se relacionan con factores de riesgo que llevan por ejemplo a la colocación de sellantes. Este sistema es complejo en la medida que es necesario saber en qué ámbito se identifica el diagnóstico de paciente sano. En general se observan como códigos relegados, no están acompañados del detalle de las cosas que incluye y que no. Estos ajustes de acuerdo con el Acuerdo 117 de 1996 están a cargo del Ministerio de salud. De igual modo se observan las categorías del sistema de información centradas en el médico en lo que concierne a otras profesiones en el área de la salud, las cuales, frecuentemente son referidas como otros "Otros profesionales (Odontólogos, bacteriólogos, instrumentadoras, sicólogos, terapeutas, entre otras".

Los indicadores en salud por su parte se centran en dientes, no se abarcan logros específicos en salud bucal a nivel familiar o comunitario. Los indicadores de proceso abarcan cobertura siendo discutible en cuanto a si aplicar cierta frecuencia de flúor, sellantes y detartraje debe corresponder a una meta o a una necesidad de la persona. Los indicadores que vinculan salud bucal en las gestantes se limitan a cobertura. Falta desarrollo en los indicadores de satisfacción, y de continuidad. Debe especificarse en la norma que las metas y cifras en frecuencias se refieren a lo mínimo que se debe hacer, para no confundirse como un tope máximo que genere confusiones contractuales, al igual que los tiempos mínimos y no máximos de consulta que corresponde a 20 minutos explicito en la resolución 5261 de 1994. Debe aclararse que la puerta de entrada es el examen por parte del odontólogo y no un procedimiento de higiene aislado por parte del auxiliar. Por otra parte, ya que esto no se define, el diseño y la incorporación de las acciones preventivas en salud bucal con enfoque colectivo va a depender mucho de las competencias y capacidad de liderazgo de los involucrados.

En general la estrategia no está definida de forma clara y articulada, muchos componentes se desagregan en diferentes normas y programas percibiéndose sin un orden establecido. Las acciones preventivas ya se describían previo a la resolución 412 del 2000 con la resolución 5261 de 1994, incorporadas nuevamente sin ser objeto de evaluación y ajustes significativos. Debería hacerse explicito en todo momento la autonomía del profesional, para evitar potenciales confusiones que conlleven a la exclusión. (Ver cuadro 6 con la caracterización de esta dimensión por vigencia). Este componente puede vincularse con el dominio *Características de la intervención y de Procesos*, se constituye de manera

predominante en una barrera en la forma como se concibe la estrategia en cuanto a su capacidad de adaptarse, la percepción de complejidad, la forma de definir su costo, la percepción de su origen, la percepción de la fuerza y calidad de la evidencia que la soporta, la calidad en el diseño y la forma como se da a conocer para hacerse operativa, su ejecución y en el cómo se determina que la misma es mejor que otras opciones posibles para lograr el objetivo preventivo.

El cuadro 6, es un ejercicio de resumen clave desde el cual se consideran las áreas nucleares de la estrategia de atención preventiva: lo incluido como Plan obligatorio de salud o Plan de beneficios POS/PB y los PC: planes complementarios al POS a cargo del Estado realizado desde las entidades territoriales. Se evalúa desde 1996 puesto que esta mirada retrospectiva nos ayuda a comprender la causa de errores más recientes y la superposición de disposiciones de norma que generan conflictos de implementación.

Figura 4. Resumen de evaluación de la normativa por años y categorías propuestas extraídas de la reglamentación relacionada a la atención preventiva en salud bucal para el constructo políticas e incentivos externos. Los números corresponden a los identificados en el gráfico de evolución normativa. (ver figura 4 y Anexo 7 con cada una de las Normas, título, resumen de contenidos, codificación y aspectos de jurisprudencia como su vigencia).

2019				95					92	95			93	92	93	95
2018			89	89						89			89	88	89	91
2017									84	86	87			87		
2016									82	80	81			84	81	82
2016			80		77	76	83	81		77	79	81	83	77	78	79
2015					75				75					75		
2015	70			74	71	72	73	70	71	72	74			71	72	73
2014			74					69					68			
2013	66		65		65			65	66				64	65	67	
2012			61		62	63		61						61	63	
2011	58															
2011			60		60		61	59	60					58	59	
2010																
2010	57				57			55	56					55	56	
2009																
2009	54				52	53	54	52	53							
2008					48	49		49	51	46			47	48		
2008								44	45					46	49	
2007			44		41	44		38	39	42	43			38	44	39
2006			37					35						37		
2005					34	37		32	34	36	37	33		32	34	
2005					31											
2002			27		27											
2001			26.1					25	26					25		
2000			24											24		
2000	24		19		19	23		19	23	24				19	20	23
<2000	6				16	12	18	6	7					17		
<2000	4	3		13	7	9	11	13	14	16	18	17	11	1	11	13
<2000	1	2	3	7	1	2	3	6	3	8	9	13	5	3	4	7
	Aspectos éticos y del ejercicio de la profesión	Inspección, vigilancia y control	Responsabilidad de los actores involucrados en la implementación	Planeación	Habilitación/acreditación	Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal.										
Razón verde/ amarillo	5/6	11/3	28/13	32/24	3/6	19/27										
Calificación del constructo políticas e incentivos externos	Mixto 	Mixto 	Mixto 	Mixto 	Mixto 	Mixto 										

*Fuente propia de autores, basada en contenidos normativos incorporados en la figura 3 y el Anexo 7 que detalla cada una de las Normas, título, resumen de contenidos, aspectos de jurisprudencia como su vigencia y su codificación. Las barreras se delimitaron como aquellas normas cuyo contenido incorporaba disposiciones con una influencia predominantemente negativa para la ejecución, donde se evidenciaron vacíos o limitaciones en su aplicabilidad o no demostraban aportes al mejoramiento de conceptos o disposiciones previamente reglamentadas (color rojo). Los facilitadores evidenciaban mayor potencial de aplicabilidad, ajuste de conceptos confusos o faltantes en normas previas y se presentan como ventanas de oportunidad desde lo normativo para fortalecer la implementación de la estrategia (color verde).

Cuadro 5. Resumen de la evaluación del Dominio entorno externo, constructo políticas e incentivos externos

- **Hallazgos en las dimensiones:** Aspectos éticos y del ejercicio de la profesión, Inspección, vigilancia y control; Responsabilidad de los actores involucrados en la implementación, Planeación/articulación, Habilitación/acreditación.

Dimensión	Dominio Entorno externo; Constructo políticas e incentivos externos	
	Incentivos facilitadores	Incentivos conflictivos o barreras
Aspectos éticos y conceptuales de la profesión	<p>Reconocimiento de la profesión odontológica; Identificación de un código de ética</p> <p>Importancia en la salud integral. <i>"Debe valerse de todos los medios diagnósticos a su alcance... debe fomentar medidas que beneficien la salud general de la comunidad"</i></p> <p><i>"Por cuanto toda agremiación procura con la unión, la fuerza requerida para desarrollar programas que beneficien a la profesión, es recomendable para el odontólogo el que esté afiliado a una asociación científica o gremial"</i></p> <p>L 35/1989</p> <p>Atención preventiva como puerta de entrada</p>	<p>Falta de desarrollo y actualización. Falta claridad en conceptos <i>que se utiliza indistintamente como promoción de la salud promoción del acceso, promoción del cuidado bucal</i>. Es necesario delimitar el alcance y contextos de las acciones preventivas.</p> <p>Escaso soporte científico en los documentos de política nacional</p> <p>Se evidencian textos donde se separa la salud bucal de la general, fomentando medidas específicas que podrían discutir con un enfoque integral. <i>"El odontólogo deberá fomentar las medidas que beneficien la salud general y bucal de la comunidad."</i> Art 45 ley 35 de 1989 <i>"Se entiende por ejercicio de la Odontología la utilización de medio y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterio de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático"</i> art 1. L 35/1989 ...</p> <p>Incentivos a la productividad: <i>"que para obtener calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de la productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia"</i> Art 32 ley 100</p> <p>Mecanismos de contratación conflictivos: dejados a merced de aseguradoras e IPS generan un marco difuso para la protección del trabajo <i>"se les permite a las IPS privadas implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral teniendo en cuenta el rendimiento de los individuos"</i> Art 193 ley 100</p> <p><i>Énfasis en la atención intramural; indicadores de salud dental; acciones centradas en la higiene de los dientes</i></p> <p>La Resolución 5261 de 1994 menciona que el odontólogo y la auxiliar son un equipo de trabajo, definiendo un tiempo de consulta con un <i>mínimo de 20 minutos; sujeta las actividades curativas a las de higiene</i> luego de haber alcanzado mínimo un 15% de placa bacteriana y la "motivación" del paciente</p>
Inspección, vigilancia y control	<p>Superintendencia Nacional de Salud. Habilita, verifica y sanciona la gestión de los actores. Ley 1797/2016</p> <p>Las ET puede "programar en línea operativa de gestión de la salud pública, acciones de coordinación, asistencia técnica, gestión programática, vigilancia y seguimientos a EPS... Habilitación de IPS DUR 780/2016</p> <p>Las EPS deben auditar el cumplimiento por parte de IPS</p> <p>Participación de la comunidad en la veeduría de las instituciones</p>	<p>Surgen preguntas en cuanto a la retroalimentación de las acciones de IVC</p> <p>Orientada a la sanción R. 412 del 2000.</p> <p>Fortalecer la vigilancia en los mecanismos de contratación</p> <p>Diferentes documentos consolidan a las ET como acompañantes y asistentes técnicos de las EPS contributivas.</p> <p>Limitación en evaluación de procesos y resultados en salud, énfasis en evaluación de estructura e indicadores de cobertura.</p> <p>No es obligatorio para las EPS cumplir las guías en SB existentes. R. 3384/2000</p> <p>Se dificulta debido a las limitaciones del Sistema de información</p> <p>Entidades territoriales vs Supersalud como agentes de control.</p> <p>Es necesario fortalecer mecanismos de autoridad sanitaria territorial y por parte de los usuarios. Algunos contenidos pueden ser susceptibles a variadas interpretaciones</p>
Responsabilidad de los actores involucrados	<p>Componente transversal en las normas</p> <p>Entidades territoriales como actores clave</p> <p>Otros actores: Comités técnico-científicos R. 5061 de 1997; Observatorio del talento humano en salud ley 1164 de 2007 resolución 5061 del 2010; Dirección de epidemiología y demografía oficina de tecnologías de la información y de la comunicación; Comisión Intersectorial de Salud Pública (R. 518,2015); Consejo territorial de Seguridad Social salud R. 4252 de 2008 Autoridades</p>	<p>Cambios normativos constantes que dificultan la integración de nuevas directrices y el aprendizaje organizacional</p> <p>Algunas responsabilidades tal como se redactan pueden superponerse y/o favorecer tendencias de practica en lo operativo:</p> <p><i>para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos". Ley 1122, 2007, Art. 13.</i></p>

	<p>responsables de la planeación integral para la salud resolución 1536 del 2016 Instituto Nacional de Salud "Será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial..." (L1438011, p.8) además de "generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas" (L1438 de 2011, art 9)" Colegios profesionales del área de la salud promover la utilidad y el significado social de la profesión. Ley 1164 de 2007</p>	<p>la demanda inducida como responsabilidad de los equipos básicos de salud. (Ley 1438, 2011) promueve la caracterización y priorización previa por parte de prestadores y aseguradoras. R 1536 de 2015</p>
Planeación	<p>Disposiciones flexibles que se incorporan en documentos de planeación nacional y territorial.</p> <p>Se mencionan en ellos la importancia de las personas, de los gremios, universidades, del enfoque integral, del mejoramiento continuo de indicadores y metas de capacidad de gestión desarrollo de modelos de atención y fortalecimiento a la investigación en los procesos de planeación</p> <p>Pese a mencionarlo, en general la norma debe ser más clara en cuanto a las formas de materializar la participación, espacios, calendarios, organismos responsables y veedores para garantizar la implementación.</p> <p>Otras políticas como ventanas de oportunidad. Adulto mayor, tabaquismo, gestantes, AIEPI-IAMI; vigilancia medicamentos</p>	<p>Objetivos centrados en procedimientos específicos frecuencias, coberturas tímidas (20%) y control del gasto. Acciones individuales enfocadas en las condiciones dentales. 3384 del 2000.</p> <p>No se identifican recursos disponibles específicos para este componente, la implementación está sujeta a mecanismos de priorización basados en datos de los sistemas de información, planes nacionales y territoriales. R.1536/2015; 3039/2007. No son claros los mecanismos e incentivos para hacer demanda inducida.</p> <p>Enfoque desarticulado con otros sectores de la salud y sociales. R. 3577/2006. Invisible en algunos flujogramas y en GPC embarazo, VIH, Paciente diabético e hipertenso; Enfermedad renal crónica; <10 años de 2014.</p> <p>Pese a la obligatoriedad de variadas actividades normas como la resolución 4505 del 2012 presenta como única actividad a reportar control de placa y la fluorosis; y el D. 1011 del 2006 y la R. 256 del 2016 solo la oportunidad en asignación y atención a citas odontológicas.</p> <p>Las acciones que incluye la resolución 412 del 2000 fueron contratadas por capitación hasta 2013 (es decir mediante pago previo de acuerdo con cálculos de necesidades) a partir del cual las administradoras pueden utilizar el mecanismo de contratación a su criterio (1122/2007 y 1438 del 2011). Desde el 2000, surgieron algunas normas como</p> <p>Algunos instrumentos para la planeación pueden ser confusos para los tomadores de decisiones R. 3384 del 2000. Superposición y confusión de normas. Circular 34/2010; Sistema de información limitado.</p>
Habilitación/ acreditación	<p>Requisitos de estructura, financieros, administrativos y de talento humano que van generando líneas que dirigen la manera de evaluar los servicios desde este ámbito.</p> <p>Estándares como el de historia y registros clínicos donde se debe verificar las competencias en ese aspecto, también en cómo se realiza la interdependencia de servicios y los conocimientos en la norma técnica y guías para la protección específica.</p> <p>La acreditación como facilitador: 9 estándares.</p>	<p>Requiere atención debido a que las normas se han mantenido con escaso desarrollo en estándares de habilitación para los prestadores en odontología, algunas mejoras en las descripciones, pero poco relevantes para este caso.</p> <p>Desde la Resolución 4252 de 1997 el enfoque es intramural, con mínimas descripciones para evaluar capacidades encaminadas a la ejecución de actividades extramurales en odontología (Resolución 4796 de 2008), no se incluye la evaluación de estrategias o instrumentos que faciliten la adopción de la norma técnica. La evaluación de infraestructura no define condiciones con enfoque diferencial desde la odontología.</p> <p>La Resolución 2003 de 2014 menciona que para habilitar el programa de protección específica basta un odontólogo o un auxiliar lo cual es contrario a la necesidad de supervisión de este último y la valoración previa descritos en la resolución 412 y 3280</p> <p>Estándar #30 podrían arriesgar el enfoque en salud bucal dado que supedita las actividades al análisis de prioridades por parte la organización. (Resolución 5095 de 2018).</p>

Cuadro 6. Resumen de hallazgos de la última dimensión “Aspectos técnicos y de derechos para la Atención Preventiva en Salud Bucal APSB” de acuerdo con la evolución normativa vigente entre 1996 y el 2019 en Colombia.

Vigencia	Núcleo	Acciones propuestas	Conflictos de implementación
Vigencia 1996-1998	POS R.3997 DE 1996	<p>Población < 1 año: a) Educación a la madre y cuidador, sobre hábitos posturales, higiénicos y alimentarios; y de las funciones vitales (respiración, fonación, deglución y succión). b) Identificación de malformaciones congénitas en cavidad oral por examen físico y remisión para su tratamiento oportuno.</p> <p>Población de 1 - 14 años a) Educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales y posturales, técnicas de cepillado. b) Control de placa bacteriana. c) Control de crecimiento y desarrollo, de funciones vitales (respiración, fonación, deglución, succión). d) Colocación de flúor tópico. e) Colocación de sellantes.</p> <p>Población mayor de 15 años. a) Educación en hábitos de higiene oral, hábitos nutricionales, técnicas de cepillado, uso de hilo dental. b) Control de la placa bacteriana. c) Profilaxis. d) Detartraje supragingival e) Educación en higiene de prótesis dental. Gestantes: no contiene.</p>	<p>Son indicaciones generales. Esta resolución no contenía actividades dirigidas a gestantes.</p> <p>No son claros los mecanismos de ejecución y reporte.</p>
Vigencia 1996-2008	PC R. 4288 de 1996 D. 3039 de 2007	<p>Plan de Atención Básica PAB. En los municipios y distritos es de carácter obligatorio el desarrollo de las acciones que se describen a continuación: desarrollará acciones de promoción de conformidad con las competencias del sector salud en los siguientes ámbitos de la salud pública: a) La salud integral de los niños, niñas y adolescentes; de las personas en la tercera edad; de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalías y de la población del sector informal de la economía. f) La información pública acerca de los deberes y derechos de la población en el SGSSS y el uso adecuado de los servicios de salud. g) La acción comunitaria y participación social, por medio de las organizaciones o alianzas de usuarios y veedurías ciudadanas.</p> <p>El distrito o municipio deberá desarrollar las siguientes actividades en toda la población independientemente del estado de vinculación o afiliación de las personas al SGSSS, y para garantizar coberturas adecuadas en las acciones preventivas de que trata el presente artículo: Fluorización aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años. podrán desarrollar otras acciones con base en las necesidades de su población.</p> <p>D. 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública. incorpora en tercer lugar la salud oral, lo visibiliza como parte de la salud integral. Sin embargo, persiste el énfasis en acciones individuales y centradas en la higiene.</p>	<p>Posteriormente entrará en conflicto con la resolución 412 del 2000, puesto que aquí los sellantes van desde los 3 a 5 años; y el Detartraje en Población >12 años 1 a 2 veces/año a juicio del clínico.</p> <p>El PNSP otorga gran responsabilidad en este sentido a la EAPB, la cual en este caso podría incurrir en potenciales sesgos por ser el asegurador. Es complejo pensar en priorización desde este enfoque, dado que vendría a ser la condición del paciente que refleje los protocolos a seguir, se entiende que se caracterice ¿pero que se priorice? ¿Con que finalidad? Se encuentra la salud infantil de manera separada, a su vez en el análisis de situación en salud no se incorporan aspectos relevantes a la salud bucal ¿cómo llegan a colocarlo como una prioridad?). En la evaluación de este Plan al finalizar el periodo La agenda inconclusa se centró en salud mental, salud ambiental, salud oral, en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles y en discapacidad (ver anexo 4, tabla 21, Cuadro de Mando Metas Plan Nacional de Salud Pública 2007 -2010. Ministerio de Salud y Protección Social) esto se describió en el documento del PDSP.</p>

Vigencia	Núcleo	Acciones propuestas	Conflictos de implementación
Vigencia 1999-2008	<p>POS</p> <p>R. 365/1999 A.117/1998 R. 412/2000 R.3384/2000 R.1895/2001 R.1896/2001 R.3577/2006</p>	<p>APSB como acción de protección específica acciones realizables por Odontólogo o auxiliar bajo supervisión el odontólogo: control de placa bacteriana en personas de 2 a 19 años= 2 veces al año, en >19 años= 1 vez por año; aplicación de flúor en presentaciones gel y solución= desde los 5 a los 19 años sujeto a las condiciones del paciente y el juicio de operador; sellantes= a juicio del operador; detartraje= >12 años: una vez cada 6 - 12 meses o a juicio del operador.</p> <p>Incorporación de revisión clínica y educación en SB desde el primer mes en la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años).</p> <p>Metas obligatorias: control de placa dental 20%; detartraje supragingival 20%; topicación con flúor en gel 20%; aplicación de sellantes de autocurado 20%; aplicación de sellantes de fotocurado 20%. Luego en los indicadores de cumplimiento de las actividades de protección específica solo se coloca el control de Placa</p> <p>Códigos CUPS disponibles: 99.7.1.01 aplicación de sellantes de autocurado 99.7.1.02 aplicación de sellantes de fotocurado 99.7.1.03 topicación de flúor en gel 99.7.1.04 topicación de flúor en solución 99.7.1.05 aplicación de resina preventiva 99.7.3 detartraje supragingival [control mecánico de placa] incluye: medición y eliminación de cálculos o placa, pulido y desbridamiento no quirúrgico de dientes o detartraje por higienista oral o por odontólogo 99.7.3.00 control de placa dental ncoc 99.7.3.01 detartraje supragingival 99.7.5 profilaxis dental 99.7.5.00 profilaxis dental sod 99.0.1.03 sesión educativa grupal por odontología 99.0.1.12 sesión educativa grupal , por higiene oral 99.0.1.13 sesión educativa grupal por equipo interdisciplinario 99.0.2.03 sesión educativa individual, por odontología 99.0.2.12 sesión educativa individual, por higiene oral 99.0.2.13 sesión educativa individual, por equipo interdisciplinario. Sección 2 capitulo 25 correspondiente a "Procedimientos e intervenciones sobre la comunidad su entorno y su salud: Procedimientos e intervenciones colectivas" consiste en Información, educación y comunicación (IEC) en fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables incluye salud bucal: IEC en población infantil y adolescente (A1.0.0.01); IEC en población de hombres y mujeres en edad fértil (A1.0.0.02); IEC en población de mujeres gestantes y lactantes (A1.0.0.03); IEC en población de adulto mayor (A1.0.0.04).</p> <p>La resolución 1895 de 2001 adopta la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud décima revisión (CIE 10), la cual regirá a partir de 1 de enero de 2003. Se identifica capitulo XXI en el Z01 = Otros exámenes especiales e investigaciones en personas sin quejas o sin diagnóstico informado el código Z01.2 como Examen odontológico. En el Capítulo XXI Existe otros códigos con potencial de ser utilizados tanto para acompañar procedimientos específicos como para</p>	<p>Las acciones de salud bucal dan la apariencia de estar desarticuladas con las demás áreas de la salud. No se menciona ni aparece en los flujogramas de atención para las normas técnicas detección para Alteraciones del desarrollo del joven (10 - 29 años) y Alteraciones en el adulto (>45 años). En Alteraciones del embarazo y del menor se sugiere la remisión, pero tampoco aparece en sus flujogramas de atención.</p> <p>Múltiples códigos preventivos para APSB disponibles, pero no se articulan con las descripciones de la norma técnica para su aplicación en la práctica</p> <p>Menciona lo siguiente "<i>Si bien estos documentos constituyen recomendaciones técnicas, no son de carácter obligatorio para las Administradoras de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.</i> Resolución 3384 de 2000</p> <p>Resolución 3384 de 2000: Matriz programática una interpretación bastante compleja que afecta la pertinencia de esta matriz de seguimiento, la autonomía del profesional, la ética en la práctica, promoviendo la confusión entre los tomadores de decisiones: excluye el control de placa para las personas de 19 y 20 años; se menciona que las personas entre 3 a 15 años que requieren sellantes hay que atenderlas en 4 momentos durante ese periodo y hacerles en total 11 consultas de aplicación de sellantes. menciona que se fraccionará la población de acuerdo con la dinámica de erupción dental delimitando cuantas actividades se esperan en cada subgrupo 3 a 5, 6 a 8, 9 a 11 y de 12 a 15 de acuerdo a los supuestos dientes que se deben sellar, esto entra en conflicto con el hecho que los sellantes dice la misma norma técnica son a juicio del operador, finalmente se menciona el Detartraje diciendo que la frecuencia es de 1 o menos al año, siendo inconsistente dado que la resolución 412 menciona que el detartraje es una vez cada 6 - 12 meses o a juicio del operador.</p> <p>Son cuestionables las metas de incrementar en un 20% las actividades dado que son de acuerdo</p>

		<p>identificar problemas sociales, familiares. Ej: Z76.2 Consulta para atención y supervisión de la salud de otros niños o lactantes sanos; Z74.1 Problemas relacionados con la necesidad de ayuda para el cuidado personal. En el capítulo 11 existen diagnósticos también a considerar y que se relacionan con factores de riesgo que llevan por ejemplo a la colocación de sellantes.</p>	<p>con las necesidades de las personas y su riesgo definido.</p> <p>Deben ser revisados los diagnósticos CIE 10 del capítulo 11, son ambiguos y no abarcan las necesidades de caracterización con rigor científico técnico. El código Z01.2 En general se observa como un código relegado, no está acompañado del detalle de las cosas que incluye y que no. No hay claridad para identificar el paciente sano.</p>
--	--	--	---

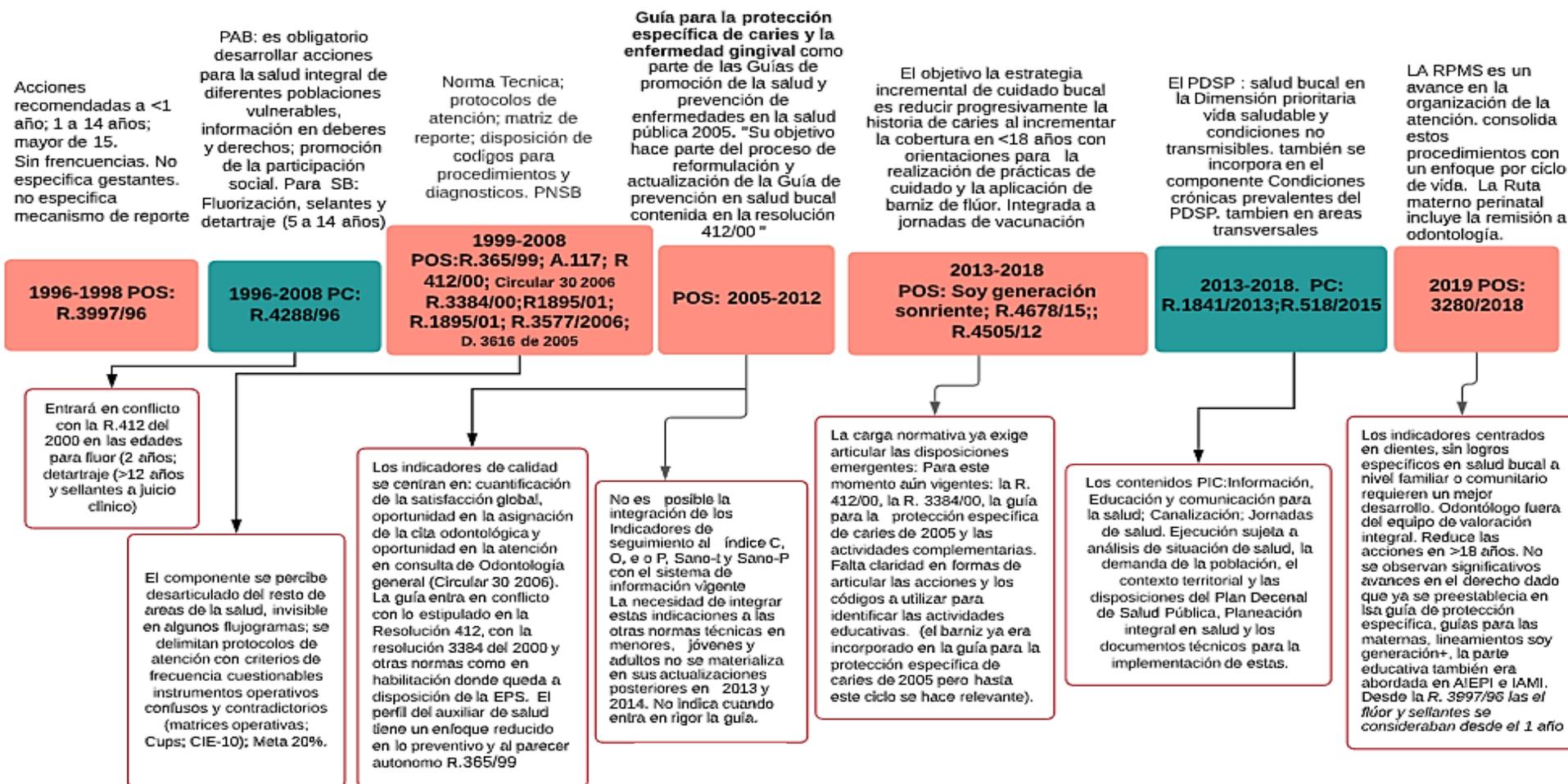
Vigencia	Núcleo	Acciones propuestas	Conflictos de implementación
Vigencia 2005-2012	<p>POS: D. 3616/ 2005; A.29/2 011; Guía de caries 2007</p>	<p>Se dispone una guía para la protección específica de caries y la enfermedad gingival como parte de las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública 2005. Según su objetivo hace parte del proceso de reformulación y actualización de la Guía de prevención en salud bucal contenida en la resolución 412 de 2000" y afirma que estas acciones deben integrarse también en las guías para la atención integral del niño sano menor de diez años y para la detección temprana y atención integral de alteraciones en el desarrollo de adolescentes y jóvenes (10 a 26 años), y en la guía para la prevención de enfermedad y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.</p> <p>Componentes: Consulta de diagnóstico de primera vez por odontología: Levantamiento de historia clínica, es la primera acción de promoción y prevención en todo tipo de paciente. Incluye diagnóstico y evaluación del riesgo: para lesiones de caries activa con índice de placa postcepillado < a 15% = Control de placa cada seis meses; para un índice de placa postcepillado > a 15% y/o presencia de cálculos = 1° mes sesión para control de placa+ detartraje + topicación de flúor y valoración de sellantes; Luego 2 citas una por mes para seguir controles de placa. luego control cada tres meses.</p> <p>Control de placa: Esta actividad se realiza por odontólogo o auxiliar con una frecuencia basada en la evaluación de riesgo. Se realiza la evaluación de la calidad de la remoción de los depósitos bacterianos después del cepillado, demostración de técnicas de higiene bucal, consejería individual y eliminación de la placa dental y de los tejidos blandos con profilaxis dental.</p> <p>Topicación de flúor: Evaluación de acuerdo con el riesgo <4 años flúor barniz o solución >4 años flúor en gel= Lesiones de caries activas aplicación cada dos meses. Con historia de caries sin lesiones activas aplicación cada 4 meses. Sin historia de caries aplicación cada 6 meses: Aplicación de sellantes. Evaluación de acuerdo con el riesgo: alto: aplicación de sellante o bajo: control de placa y disponibilidad de infraestructura: si: sellantes no: control de placa. Utilizar ionómero de vidrio como sellante es una alternativa en dientes con esmalte hipomineralizado, parcialmente erupcionados y molares o dientes sensibles.</p> <p>Detartraje supragingival: De acuerdo con el criterio clínico. Si presenta Control cada tres meses. En los programas de control prenatal: Valoración clínica y consejería individual Mediciones: Indicadores de seguimiento al índice C, O, e o P, Sano-t y Sano-P</p> <p>Encontramos el AIEPI con contenidos clave en materia preventiva de SB en la guía técnica para el menor de 10 años de 2005.</p>	<p>El perfil del auxiliar de salud según el decreto 3616 de 2005 tiene un enfoque casi ausente en lo preventivo. En esta vigencia los indicadores de calidad se centran en: la cuantificación de la satisfacción global, oportunidad en la asignación de la cita odontológica y oportunidad en la atención en consulta de Odontología general (Circular 30 2006).</p> <p>La guía posee aportes con un mayor soporte de evidencia científica, algunas indicaciones entran en conflicto con lo estipulado rigidamente en la norma técnica de la Resolución 412 donde el detartraje inicia en mayores de 12 años, las aplicaciones de flúor desde los 5 años y se restringen los intervalos para el control de placa principalmente en mayores de 19 años. Sin embargo, por llamarse guía entra en conflicto con la resolución 3384 del 2000 y otras normas incluso en habilitación donde este tipo de documentos son vistos como orientadores y no obligatorios para las aseguradoras. Aunque el contenido de la guía menciona que hace parte de su reformulación no estipula cuando debe ser implementado.</p> <p>No es posible la integración de los Indicadores de seguimiento al índice C, O, e o P, Sano-t y Sano-P con el sistema de información vigente</p> <p>La necesidad de integrar estas indicaciones a las otras normas técnicas en menores, jóvenes y adultos no se materializa en sus actualizaciones posteriores en 2013 y 2014. Según el acuerdo 29 de 2011 la Consulta odontológica incluye: valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral.</p>

Vigencia	Núcleo	Acciones propuestas	Conflictos de implementación
2018	to soy generación más Sonriente; R. 4678/2015; R. 4505/2012;	<p>El objetivo general de la estrategia incremental de cuidado bucal y protección específica en salud bucal para la primera infancia, infancia y adolescencia es reducir progresivamente la historia de caries dental mediante el incremento de la cobertura de niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años) intervenidos con orientaciones para la realización de prácticas de cuidado y la aplicación de barniz de flúor.</p> <p>A través de los reportes en RIPS se monitoreará y evaluará el incremento de las coberturas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número y porcentaje de niños y/o cuidadores que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal. • Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida. • Número y porcentaje de niños de 1 a 2 años (12 a 35 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida. • Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida. • Número y porcentaje de niños de 3 a 5 años (36 a 71 meses), con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida. • Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera aplicación de barniz de flúor en su año de vida. • Número de entidades que promueven cuidados bucales en territorios y en el país. • Número y porcentaje de población de 6 a 17 años con primera y segunda aplicación de barniz de flúor en su año de vida. • Número y porcentaje de gestantes que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal. • Número y porcentaje de adultos mayores que reciben acciones de educación y/o información en cuidados de salud bucal. 	<p>Para este momento están aún vigentes la Resolución 412 del 2000, la resolución 3384 del 2000, la guía para la protección específica de caries de 2005 y las actividades complementarias. Por lo cual la carga normativa ya exige articular las disposiciones emergentes.</p> <p>Se menciona que a través de los reportes en RIPS se monitoreará y evaluará el incremento de las coberturas propuestas sin embargo las capacidades del sistema de información para lograr establecer el cumplimiento en frecuencias individuales tienen dificultades por la falta de un registro único y continuo. Es discutible promover la aplicación de flúor dado la posibilidad de ser a criterio.</p> <p>Se discuten los indicadores propuestos con la Resolución 412 del 2000, con la guía para la protección específica de caries y enfermedad periodontal del 2005. Estos lineamientos deben ser más claros con los códigos a utilizar para identificar las actividades educativas dirigidas a cuidadores.</p>
Vigencia 2013-2018	PC R. 1841/2013; R. 518/2015	<p>El plan decenal de salud pública -PDSP 2012-2021 en su marco conceptual incorpora: 3.1 Enfoques y modelo conceptual 3.1.1 Enfoque de derechos 3.1.2 Enfoque diferencial 3.1.3 Enfoque de ciclo de vida 3.1.4 Enfoque de género 3.1.5 Enfoque étnico 3.1.6 Otros enfoques en lo diferencial 3.1.7 Enfoque poblacional 3.1.8 Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud...fortalecimiento de la autoridad sanitaria...</p> <p>El PDSP menciona el componente de salud bucal en la Dimensión prioritaria vida saludable y condiciones no transmisibles en su componente modos y estilos de vida saludable con la estrategia "fortalecimiento del autocuidado de la salud bucal, visual y auditiva", con las metas: Incrementar prácticas de autocuidado para prevención y manejo de las enfermedades no transmisibles -ENT-, la salud bucal, visual y auditiva desde la primera infancia en un 20%, en entornos y programas sociales, a partir de la línea base que se identifique en el 2014 y aumentar anualmente el número de organizaciones aliadas que se vinculan y promueven estilos de vida saludable, la salud bucal, visual y auditiva y el control de las ENT a nivel nacional en coordinación con las entidades territoriales, a partir de la línea de base que se identifique en el 2014.</p> <p>La salud bucal también se incorpora en el 7.2.3.2 componente Condiciones crónicas prevalentes del PDSP con las estrategias a. Normas, políticas, planes y programas sectoriales: Implementación y evaluación de los Planes Nacionales; desarrollo e implementación de guías y normas técnicas para la detección temprana, protección específica, b. Fortalecimiento de las capacidades del recurso humano para la planeación, desarrollo, atención y evaluación de acciones e intervenciones en estilos de vida saludable, prevención y control de ENT y de alteraciones bucales, visuales, auditivas y comunicativas, en el marco de la estrategia de APS y gestión</p>	<p>Se incorporan metas interesantes como: q) Contar con un sistema de análisis, seguimiento, monitoreo y evaluación de políticas, planes, programas y estrategias implementadas a nivel nacional y territorial para abordar los determinantes sociales de la salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT. r) Contar con al menos un nodo de investigación por región del país que permita la construcción de una agenda para el estudio de los determinantes sociales de la salud, la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y las ENT. No obstante, las demás permanecen centradas en dientes pese a la integralidad mencionada: Incrementar las coberturas de prevención, detección temprana, de las ENT, las alteraciones de la salud bucal, visual, auditiva y comunicativa y sus factores de riesgo en un 20% en el decenio, a partir de la línea de base que se defina en el 2014. Incrementar en el 20% la población del país sin caries, con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia (COP=0) j) Incrementar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible.</p>

		<p>de riesgo. c. Desarrollo de modelos y formas de atención diferencial de las ENT sostenibles, que permitan la reorientación de los servicios para mejorar la cobertura, acceso, oportunidad, integralidad, continuidad, y seguridad ambulatoria, hospitalaria y domiciliaria, entre otros d) Promoción, fomento y monitoreo del mejoramiento de producción regional, la disponibilidad y acceso a los medicamentos y otras tecnologías esenciales e. Fortalecimiento de procesos de desarrollo, regulación y evaluación de tecnologías apropiadas para el país para la promoción de la salud y la atención integral g) Desarrollo de una línea de cuidado h. Desarrollo de capacidades nacionales y locales para la innovación, uso y aplicación de las Tecnologías de Información y Comunicación TICS para mejorar el acceso y la atención ambulatoria y domiciliaria; Desarrollo de procesos para la vigilancia, control, evaluación e investigación; j) Desarrollar capacidades de investigación y evaluación en exposición, resultados, intervenciones y</p>	
Vigencia ≥ 2019	<p>POS R.3280 /2018</p>	<p>LA RPMS es un avance en la organización de la atención. consolida estos procedimientos con un enfoque por ciclo de vida, define una consulta profesional por odontología 1 vez al año a partir de los seis meses de edad. Aparece el procedimiento profilaxis y remoción de placa bacteriana reemplazando al Control de placa dental y reduciendo a una cita en personas de 19 años en esta edad también se excluye la topicación de flúor. Se reduce la profilaxis y remoción de placa bacteriana de cada año a cada dos años en personas mayores de 26 años. Fomenta el uso exclusivo de flúor en barniz, se fomenta la aplicación de los sellantes a partir de los 3 años. La Ruta materno perinatal incluye la remisión a odontología. En las RIAS donde se detallan las intervenciones para la familia como sujeto de atención el Odontólogo no hace parte del equipo de valoración integral.</p> <p>En general evidencia algunas capacidades a lograr en lo educativo. La historia clínica abarca aspectos más amplios y claros.</p>	<p>Los indicadores en salud bucal se siguen centrando en dientes, tampoco abarca logros específicos en salud bucal a nivel familiar o comunitario los indicadores en este aspecto requieren desarrollarse un poco mejor.</p> <p>Los indicadores de proceso abarcan cobertura discutible en cuanto a que en realidad debe pensarse si aplicar flúor debe corresponder a una meta o a una necesidad de la persona. Los indicadores que vinculan salud bucal en las gestantes se limitan a cobertura.</p> <p>Es un desafío la implementación de las RIAS en un marco reforzado de la 412 en las organizaciones prestadoras a nivel país y cuando no existe una historia clínica única.</p> <p>La incorporación de las acciones en salud bucal desde el nivel colectivo va a depender mucho de las capacidades de liderazgo de los involucrados para darle la relevancia a la salud bucal que se requiere.</p> <p>el Odontólogo no hace parte del equipo de valoración integral. Reduce las acciones para mayores de 18 años. No se observan ganancias importantes en el derecho dado que ya estaba establecido desde la guía de protección específica, abordajes desde las maternas, en los lineamientos soy generación más sonriente, la parte educativa incluso también era abordada desde el AIEPI e IAMI y ya desde la <i>R. 3997 DE 1996 las aplicaciones de flúor y sellantes se consideraban desde el 1 año. ¿La guía de caries de 2007 como quedaría en lo operativo?</i></p>

Fuente: Esquema y reflexiones de autores basado en la norma colombiana.

Resumen del Cuadro 6. Análisis de la dimensión "Aspectos técnicos y de derechos para la Atención Preventiva en Salud Bucal APSB" de acuerdo con la evolución normativa vigente entre 1996 y el 2019 en Colombia. POS/PB (rosado): Núcleo plan obligatorio de salud o plan de beneficios; PC (verde): Núcleo planes complementarios del nivel territorial. La necesidad visible de reevaluación e integración de normas. Estos cambios sugieren todo un esfuerzo institucional para comprender y adoptar cada nuevo lineamiento. Superior: Oportunidades; inferior: Conflictos de



implementación.

Relación del constructo políticas e incentivos externos con otros constructos CFIR.

Basado en los hallazgos anteriores, y en los conceptos que define el CFIR para cada constructo, otros factores asociados a la implementación como el costo, la percepción de fuerza y calidad de evidencia, la ejecución, la compatibilidad o la adaptabilidad podrían ser sensibles a los incentivos identificados desde la política en salud analizada. Por lo cual trabajar en estos contenidos podría ejercer un impacto en las condiciones de otros constructos, ver Cuadro 7.

Cuadro 7. Impacto potencial de las dimensiones normativas de la estrategia con los constructos CFIR de acuerdo con el análisis realizado.

Dominio	Constructos Identificados N= 27	 Legislación para Aspectos éticos y conceptuales de la profesión	Legislación para Inspección, vigilancia y control 	 Legislación para Responsabilidad de los actores involucrados	Legislación para Planeación 	 Legislación para Habilitación/acreditación	Legislación para Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal  AT
Características de la intervención	Adaptabilidad						
	Complejidad						
	Costo						
	Origen de la estrategia						
	Percepción de fuerza y calidad de la evidencia						
	Calidad del diseño y forma de entrega de la estrategia						
	Ventaja Relativa						
	Total de constructos relacionados con el componente	1/7	4/7	5/7	4/7	3/7	7/7
Entorno externo	Políticas externas e incentivos						
	Necesidades y recursos del paciente						
	Cosmopolitismo						
	Total de constructos relacionados con el componente	2/3	2/3	3/3	3/3	2/3	1/3
Entorno interno	Clima de implementación:						
	· Clima de aprendizaje						
	· Compatibilidad						
	· Incentivos y Recompensas internas						
	· Objetivos y su retroalimentación						
	· Prioridad Relativa						
	· Tensión para el cambio						
	Preparación para la implementación:						
	· Acceso al conocimiento e información						
	· Compromiso del Liderazgo						
	· Recursos disponibles						
	Redes y comunicaciones						
	Total de constructos relacionados con el componente	3/11	9/11	11/11	10/11	7/11	2/7
Características de los individuos	Conocimiento y creencias sobre la estrategia						
	Etapa individual en la implementación						
	Identificación individual en el sistema						
	Total de constructos relacionados con el componente	3/3	2/3	2/3	2/3	1/3	1/3
Procesos	Planeación						
	Participación (<i>Líderes de implementación formalmente designados, líderes de opinión, agentes de cambio externo, participantes en implementación y población objetivo</i>)						
	Ejecución						
	Reflexión y evaluación						
	Total de constructos relacionados con el componente	3/4	4/4	4/4	4/4	4/4	4/4
Total		11/27(34%)	21/27 (78%)	25/27 (92%) *	23/27 (85%) *	17/27 (63%)	15/27 (55%)

*los contenidos normativos vinculados a las dimensiones *Responsabilidad de los actores involucrados* y *Planeación* podrían incidir en casi todos los factores clave para una implementación exitosa de acuerdo con las descripciones del Marco CFIR.

Conclusiones del apartado

Los cambios normativos son constantes por lo cual la integración de las nuevas directrices, y el aprendizaje por parte de cada responsable puede ser difícil, esto podría favorecer que se mantengan directrices ya derogadas durante un tiempo antes que inicie la actualización de las más recientes. Contenidos relativos a la planeación, la inspección, vigilancia y control, la responsabilidad de los actores involucrados y los procesos de habilitación se perciben complejos, fragmentados, superpuestos, faltan herramientas que faciliten su operacionalización. En general no se definen mecanismos específicos para diseminar la estrategia a los actores involucrados. No es accesible la comprensión de las disposiciones en materia. En general la estrategia no está definida de forma clara y articulada, muchos componentes se encuentran atomizados, se desagregan en diferentes normas y programas percibiéndose sin un orden establecido.

Se deben revisar competencias y potenciales conflictos de interés en la responsabilidad entre actores que puedan afectar negativamente la implementación. mantenimiento de una lógica económica; y una práctica centrada en dientes.

La norma debe ser más clara en cuanto a las formas de materializar la participación, espacios, calendarios, organismos responsables y veedores para garantizar la implementación. la carga y superposición normativa exige articular las disposiciones emergentes.

No se define costo o mecanismos para delimitar el costo de la implementación. La asignación de recursos está íntimamente sujeta a procesos contractuales y estadísticas de atención a nivel interno en las instituciones prestadoras y aseguradoras.

Aunque algunos documentos incorporan las instituciones y personas que participan en el diseño de documentos estratégicos, en general los documentos revisados no permiten establecer claramente los mecanismos que dieron origen a las disposiciones finales que conforman la estrategia.

Existe contenido que impulsa la caracterización de perfiles territoriales para ajustar las acciones preventivas básicas propuestas. Se les permite a las entidades territoriales definir formas de implementación basada en necesidades. Se resalta la importancia de caracterizar la población, diseñar acciones a nivel familiar y colectivo, diseñar materiales didácticos por parte de EPS e IPS y realizar alianzas con grupos variados como IPS

públicas y privadas, sector académico, asociaciones científicas, ONG, alianzas de usuarios, Comités de Participación Comunitaria en Salud COPACOS para llevar a cabo estas actividades. Es necesario ajustar el sistema de información para que refleje lo realizado en cobertura y pertinencia clínica.

Pese a que se identifican esfuerzos para incorporar acciones con evidencia de eficacia tales como la educación, el control de placa y el flúor. Los documentos disponibles no permiten establecer claramente la evidencia que soporta la selección y forma de implementación de las acciones en SB y las indicaciones propuestas para cada tipo población. Se desconoce la efectividad esperada. No se define el soporte científico técnico de las metas propuestas. Los incentivos se orientan al cumplimiento de las acciones para evitar sanciones mas no de objetivos en salud o en capacidades.

Durante el periodo de 2000 a 2019 se evidencian esfuerzos para mantener el componente preventivo de SB en el tiempo, enfatizar el abordaje integral del paciente, con enfoques como el de ciclo de vida. A su vez incluir procedimientos como el barniz de flúor, la revisión de protocolos clínicos y mayor presencia en los planes nacionales. La RPMS reduce las acciones para mayores de 18 años. No se observan ganancias importantes en el derecho dado que ya estaba establecido desde la guía de protección específica abordajes desde las maternas, en los lineamientos soy generación más sonriente, la parte educativa incluso también era abordada desde el AIEPI e IAMI y ya desde la R. 3997 DE 1996 las aplicaciones de flúor y sellantes se consideraban desde el 1 año.

ANÁLISIS FUENTE CUANTITATIVA

La Implementación de la Estrategia Preventiva para la Salud Bucal.

Comprendiendo desde las disposiciones reglamentarias la estrategia de atención preventiva para la salud bucal, los siguientes acápite aproximan desde los registros de atención, los documentos operativos de entidades territoriales y desde las entrevistas a actores involucrados como se reflejan estas directrices en la práctica.

El constructo ejecución se evaluará a partir de los reportes de atención estadística y los informes de actividades realizadas por entidades territoriales en los documentos operativos. Se identificará como facilitador si los resultados responden a los objetivos de la estrategia. Los demás constructos se evaluarán como barreras o facilitadores desde los

hallazgos en documentos operativos y las entrevistas realizadas a los actores involucrados.

5.3. OBJETIVO 1. Caracterización cuantitativa de los reportes de atención preventiva en salud bucal en Colombia (procedimientos de obligatorio cumplimiento incluidos en el componente "Aspectos técnicos en atención preventiva").

Posterior a la estructuración, limpieza y evaluación de la calidad en consistencia y duplicidad (ver anexo 8) de la información secundaria obtenida del Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO desde 2014 a 2018, consultada entre el 1 y el 30 de agosto del 2019 y de los Registros individuales anonimizados de prestación de servicios de salud RIPS del Valle de Aburrá desde 2008 a 2017, se obtuvieron para el análisis dos grupos de datos respectivamente: a) 327.814.236 registros agrupados en los 6 territorios más poblados del país que comprenden el 60% de la población de acuerdo al Censo 2018 y b) 57.354.500 de RIPS Valle de Aburrá. Las variables analizadas corresponden a las detalladas en el cuadro de operacionalización en el capítulo de Metodología. Se presentan los resultados a partir de preguntas orientadoras.

Cuadro 8. Identificación de las actividades obligatorias por edad, frecuencia y el Código único de procedimiento que le corresponde -CUPS.

ACTIVIDADES	CUPS	FRECUENCIA
Aplicación de flúor tópico en Gel	99.7.1.03	2 /año, Población de 5 a 19 años
Aplicación de flúor tópico en Solución	99.7.1.04	
Aplicación de flúor tópico en Barniz (Res 5521/2013)	99.7.1.06	De 2 a 3 veces/año en población de 1 a 17 años
Aplicación de sellantes de autocurado	99.7.1.01	Población de 3 a 15 años según necesidad
Aplicación de sellantes de fotocurado	99.7.1.02	
Detartraje supragingival SOD (sin otra desagregación)	99.7.3.01	Población >12 años 1 a 2 veces/año a juicio del clínico.
Control de placa dental	99.7.3.00	2 veces/año para la población de 2 a 19 años y, 1/año para la población >20 años
Control de placa bacteriana NCOC	99.7.3.10 (no clasificable bajo otro concepto)	

Se tuvo en cuenta para el análisis cuantitativo, aunque su reporte obligatorio no es claro en la norma, los procedimientos preventivos: Educación en salud individual por odontología (990203), Educación en salud individual por higiene oral (990212), Educación grupal en salud por odontología (990103) y Educación grupal en salud por higiene oral (990112), Aplicación de resina preventiva (997105). Aquellos incluidos en la Sección 2 capítulo 25 correspondiente a “Procedimientos e intervenciones sobre la comunidad su entorno y su salud: Procedimientos e intervenciones colectivas” consiste en Información, educación y comunicación (IEC) en fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables incluye salud bucal: IEC en población infantil y adolescente (A1.0.0.01); IEC en población de hombres y mujeres en edad fértil (A1.0.0.02); IEC en población de mujeres gestantes y lactantes (A1.0.0.03); IEC en población de adulto mayor (A1.0.0.04). (ver anexo 3 con el detalle anual de evolución de códigos)

Fuente: propia de autores basada en la R. 412/2000; Res 5521/2013

Calidad del dato

Para el proyecto, se reciben tres de los diez archivos que componen los RIPS: el Archivo de usuarios de los servicios de salud-US; el Archivo de consulta –AC- y el Archivo de procedimientos –AP-, con información desde el año 2008 al 2017. Los datos se reciben previamente estructurados y filtrados, el filtro se aplicó en el AC y el AP, donde el AC se filtra por el código de consulta y el AP se filtra por los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud – CUPS- de interés. En total se reciben 144.551.118 registros crudos.

Con los datos estructurados se puede comenzar con la exploración y limpieza de los archivos, el objetivo de la limpieza es eliminar variables que contienen datos de poco valor para la investigación y de aquellas que por su cantidad de valores nulos o en blanco no son representativas. Del archivo de consulta se eliminan variables como: el código de la IPS, el código de la EAS y el número de factura por no ser de interés, y variables como origen de RIPS, código de usuario, aceptado, remisión y tipo de RIPS por no ser representativas; Del archivo de procedimientos se eliminan las variables anteriores además de: remisión, código de glosa,

numero de autorización y estado; Del archivo de usuarios, al ser uno de los que contiene información más sensible, se verifica la anonimización.

Duplicidad y consistencia

Antes de poder comenzar con los análisis, se realiza una exploración inicial de las variables que se conservan en los diferentes archivos RIPS, con el fin de evaluar: que tantos registros idénticos contiene los archivos – duplicidad- y si las variables categóricas se encuentran registradas de acuerdo con lo que dictan los lineamientos técnicos de los RIPS – Consistencia, lo que permite evaluar tanto la confiabilidad de los datos como su exactitud.

La duplicidad consiste en evaluar cada uno de los registros para buscar pares idénticos, para lo que se utiliza una función mediante el SGBD que permite seleccionar casos distintos, sin importar la cantidad de veces que se repita. Es necesario considerar que al ser registros de atenciones en salud y que el interés de la investigación se centra en procedimientos odontológicos, pueden existir registros idénticos, pues los procedimientos pueden realizarse más de una vez en la misma persona. Por lo que al evaluar duplicidad en el AP y en el AC no se puede tomar una sola variable o condición para seleccionar los casos, debido a que un número de documento X puede tener Y atenciones en un periodo, con esto claro, la evaluación de duplicidad para estos archivos se realiza teniendo en cuenta la totalidad de las variables que se conservaron luego de la limpieza. En el US para evaluar la duplicidad se toman las variables: tipo de documento, edad, sexo, año y ciudad. Para su medición se levanta un indicador de duplicidad, que muestra la relación porcentual de los duplicados frente al total de registros, la construcción de este se realiza tomando el número de registros duplicados dividido el total de registros de cada uno de los archivos, y el resultado obtenido multiplicado por cien. Los resultados de duplicidad no arrojan ningún valor duplicado.

Para la evaluación de consistencia se toman las variables cualitativas de cada uno y se procede a comparar con los lineamientos técnicos de los RIPS cada una de estas, con el fin de evaluar si sus categorías coinciden con las que allí aparecen. Para su medición se levanta un indicador de consistencia, que muestra la relación porcentual de los datos registrados adecuadamente, frente al total de registros, para su cálculo se toman los datos consistentes, que son aquellos que se encuentran dentro de las categorías establecidas en el lineamiento técnico de los RIPS dividido por los datos validos que son el total de datos que tiene la variable, y el resultado obtenido multiplicado por cien (tabla 6). Se considera que los datos son consistentes cuando el porcentaje de consistencia supera el

95%. Al analizar la consistencia se observa en el AP variable "personal que atiende" una consistencia del 45%, esto se debe a que esta variable según lo lineamientos cuenta con cinco categorías: 1) Médico (a) especialista; 2) Médico (a) general; 3) Enfermera (o); 4) Auxiliar de enfermería y 5) Otro, sin embargo, aproximadamente el 54% de los datos se reportaron como 0 (cero).

Los registros SISPRO agrupados fueron obtenidos a partir de la página oficial del MINSALUD con código de usuario previa capacitación para su acceso. Desde el repositorio de datos se filtran por las variables de interés, reportando los datos obtenidos a través de las tablas dinámicas del sistema de información con corte al 30 de agosto del 2019.

Cuadro 9. Total de RIPS posterior a la limpieza, estructuración y análisis de calidad

Nombre del Archivo	Total de Registros
Archivo de Consulta Odontológica 2008-2017	7.411.413
Archivo de Procedimientos Odontológicos 2008-2017	22.228.749
Archivo de Usuario Odontología 2008-2017	27.714.338
Total	57.354.500

5.3.1 Hallazgos en registros SISPRO 2014 a 2018 y RIPS Valle de Aburrá 1008 a 2017.

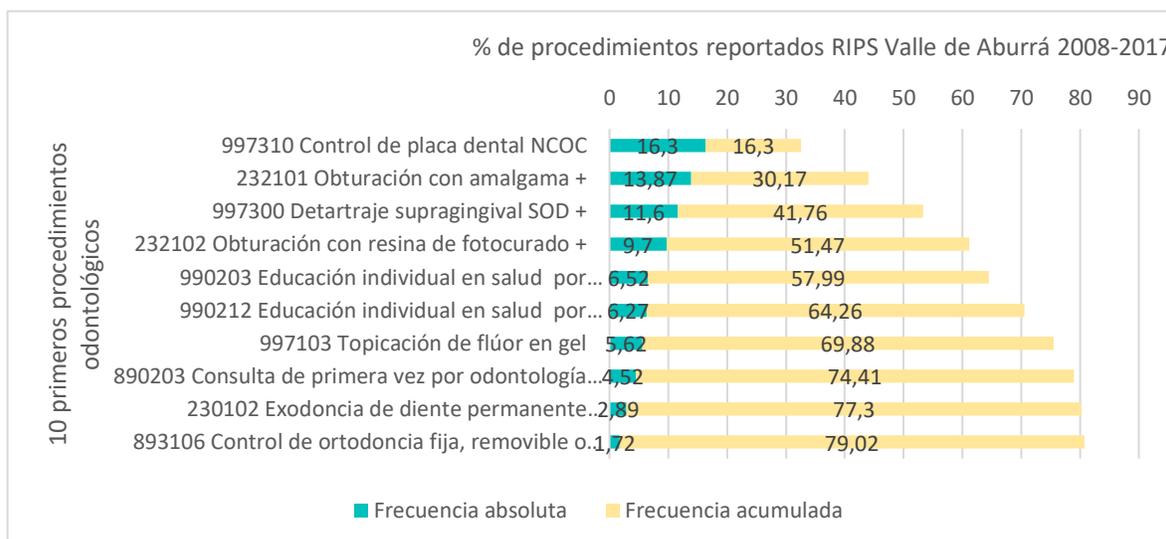
El presente análisis permite visualizar si el sistema de información captura información sistemática útil y válida para evaluar la implementación de la estrategia, identificando más que cobertura, tendencias de atención, categorías problemáticas para registrar los procesos de atención preventiva en salud bucal, limitaciones y fortalezas del registro para la toma de decisiones y potenciales indicadores clave que orientan la gestión y vigilancia de la práctica en garantía del derecho a la salud (anexo 9 y 10 Excel con tablas SISPRO y RIPS).

¿Cuál es la Frecuencia general de los procedimientos preventivos en salud bucal en Colombia teniendo en cuenta los reportes entre 2008 y 2018, fuentes SISPRO y RIPS?

Los resultados de RIPS evidencian que el Control de placa dental es el procedimiento odontológico más reportado con un porcentaje del 16,30% del total de actividades en esta área de la salud, seguido por la obturación dental con amalgama (13,87%) y el Detartraje supragingival (11,6%), el quinto, sexto y séptimo lugar corresponden respectivamente a educación

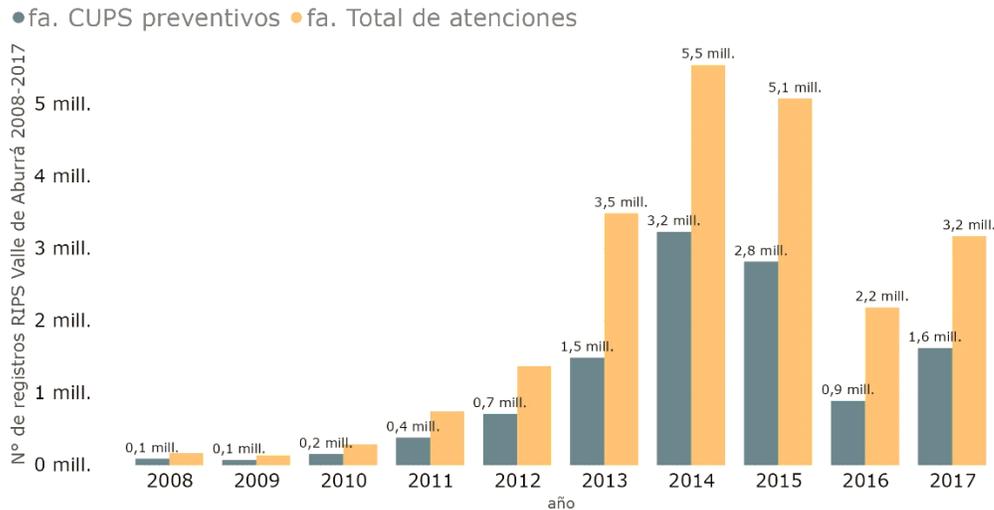
individual por odontología (6.52%), educación individual por higiene oral (6,27%) y la topicación con flúor presentación gel (5,62%). En general las acciones de control de placa, obturaciones dentales, educación y aplicación de flúor acumulan el 70% del total de actividades que se registran en odontología. En esta base de datos no se identificó el reporte de actividades de la Sección 2 capítulo 25 correspondiente a "Procedimientos e intervenciones sobre la comunidad su entorno y su salud".

Figura 5. Diez primeros procedimientos odontológicos. RIPS valle de Aburrá Año 2008-2017.



Al analizar solo los procedimientos preventivos, el más frecuente de acuerdo a los registros RIPS Valle de Aburrá entre 2008 y 2017 fue el control de placa 31,52%; detartraje supragingival 23,38%; educación individual en salud por odontología 12,62%; educación individual en salud por higiene oral 12,13%; topicación de flúor en gel 10,87%; aplicación de sellantes de autocurado 3,30%; aplicación de sellantes de fotocurado 2,82%; topicación de flúor en solución 1,82%; aplicación de resina preventiva 1,42%; educación grupal en salud por odontología 0,13%; educación grupal en salud por higiene oral 0%.

Figura 6. Contraste de procedimientos odontológicos generales vs preventivos por año. RIPS valle de Aburrá Año 2008-2017

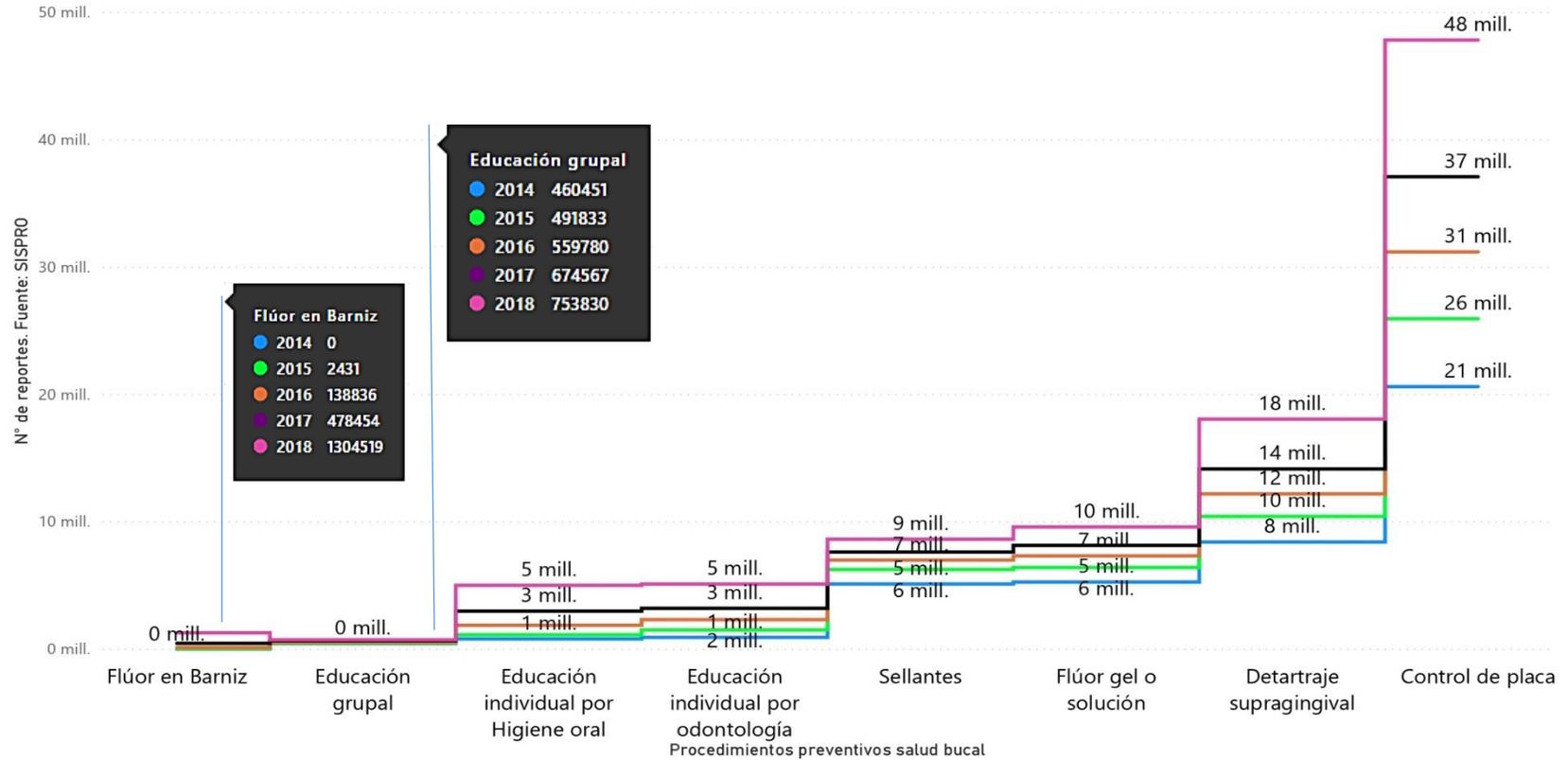


Los procedimientos preventivos entre 2008 y 2017 en Valle de Aburrá, mantienen un comportamiento estable respecto al total de procedimientos en odontología, con una mediana alrededor del 52,07% (RIQ=5,31%) de los registros anuales.

En contraste con RIPS Valle de Aburrá 2008 a 2017, en SISPRO entre 2014 y 2018 varían las posiciones, para este ultimo la Educación individual por odontología se ubica en un quinto lugar y por higiene oral en sexto lugar (en RIPS 2° y 3°) detrás de Sellantes y Flúor. A su vez en SISPRO a diferencia del RIPS existe una tendencia al aumento en el registro de todos los procedimientos preventivos con una mediana de incremento anual del 23%, principalmente visible en las actividades educativas individuales (55%), control de placa (23%), detartraje supragingival (21%) y flúor en barniz (20%). La frecuencia en topicación de flúor en gel o solución, la colocación de sellantes y la educación grupal mantienen un incremento promedio estable del 14% anual.

Figura 7. Reporte anual de procedimientos odontológicos preventivos. SISPRO 2014-2018.

● 2014 ● 2015 ● 2016 ● 2017 ● 2018

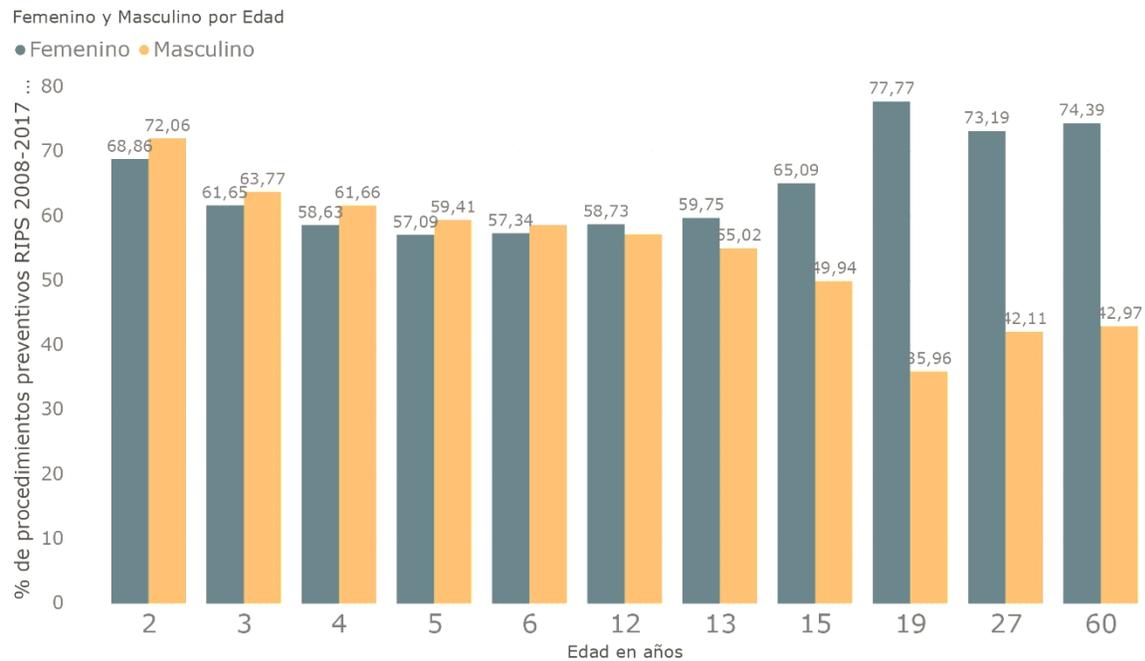


¿Cuál es la distribución de los procedimientos preventivos en salud bucal en Colombia de acuerdo con las categorías "edad", "sexo", "etnia", "régimen de atención" y diagnósticos asociados?

De manera general de acuerdo con la fuente y categorías de edad preestablecidas del SISPRO entre 2014 y 2018 el grupo que acumula el mayor porcentaje de actividades preventivas se encuentra en la población de 27 a 44 años; seguido de 45 a 59 años (15,08%); 6 a 9 años (10%); 1 a 5 años (6,54%); 60 y más (4,65%) y < 1 año (0,04%). En cuanto al sexo se reporta un 57,14 de actividades preventivas en mujeres, un 42,06% en hombres; 0,04% como sexo no definido y 0,76% como no reportado.

A partir de los RIPS, entre 2008 y 2017, se contrastan algunas edades clave de acuerdo con la norma técnica con respecto a la edad y se identifican variaciones en las frecuencias hombre/mujer de acuerdo con la edad, manteniéndose ligeramente mayor en hombres hasta los seis años, con una inversión de la frecuencia y su posterior incremento, de forma gradual, desde los 12 hasta los 60 años a favor de las mujeres, ver gráfico 4.

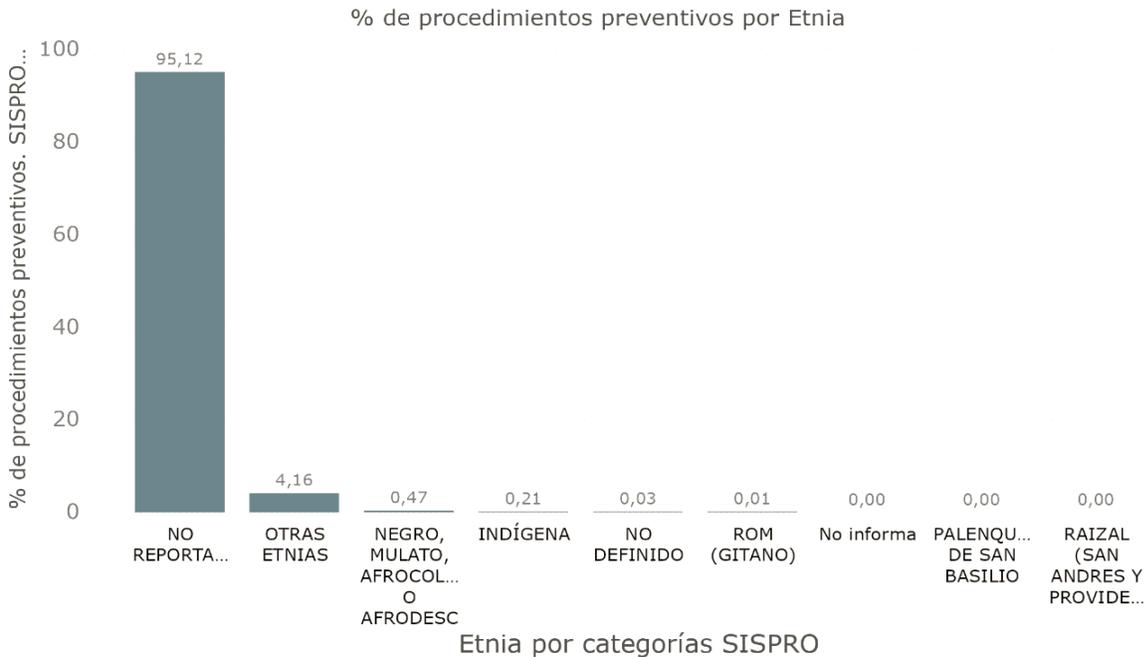
Figura 8. Porcentaje de atenciones preventivas por edad y sexo. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017



En cuanto a las atenciones preventivas por etnia, entre 2014 y 2018 de acuerdo con las categorías SISPRO, el 92,12% de los registros no

reportan pertenencia a un grupo étnico y el 4,16% las vincula a "otras etnias", ver gráfico 5.

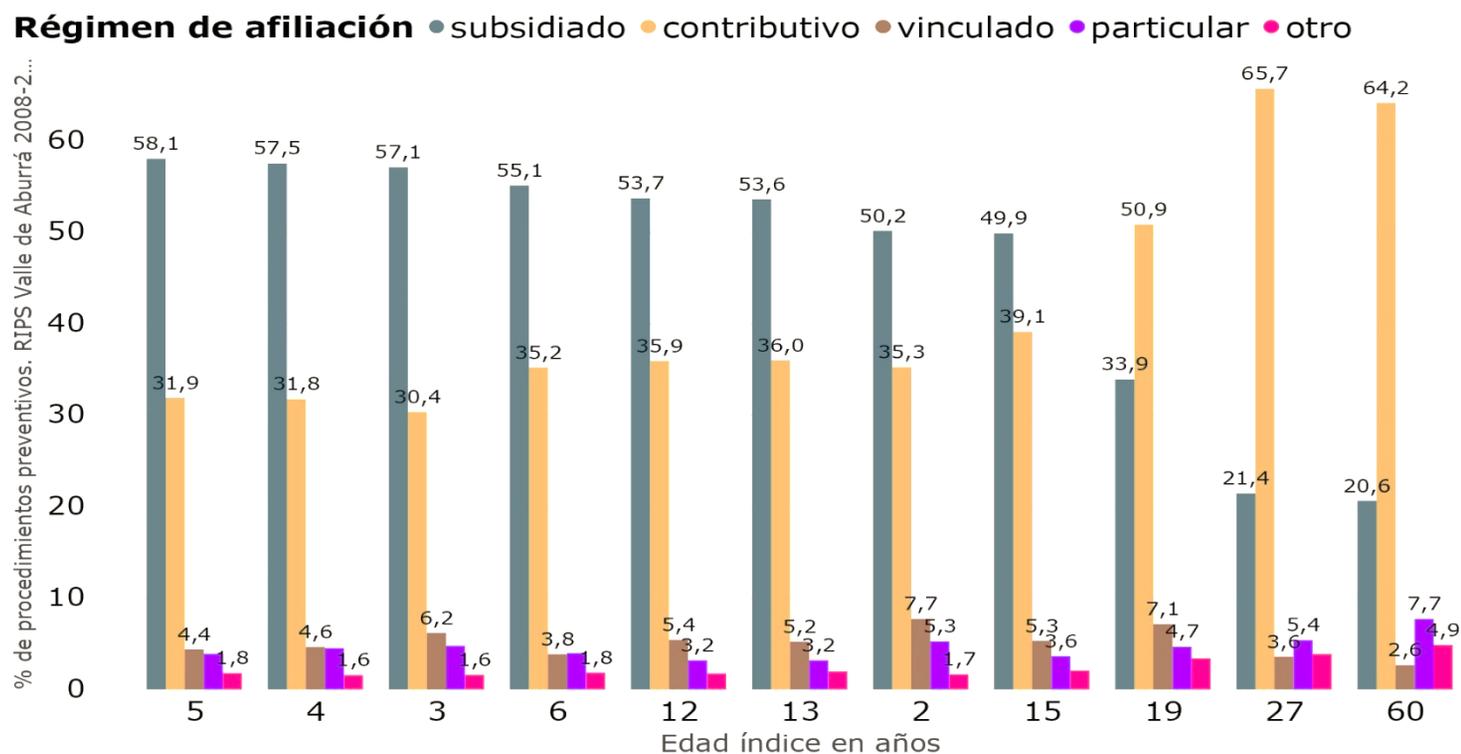
Figura 9. Porcentaje de procedimientos odontológicos preventivos por etnia. SISPRO 2014-2018



Por su parte, teniendo en cuenta las categorías para la variable régimen de atención de acuerdo con el SISPRO se reportan en general las siguientes actividades preventivas en su orden: 56,89% en el Subsidiado; 39,17% en Contributivo; 2,50% Vinculado; 0,22% Particular; 0,86% Otro; 0,22 Desplazado Subsidiado; 0,13% Desplazado No Asegurado; 0,01 Desplazado Contributivo.

Al visualizar en detalle el comportamiento de la atención por régimen de acuerdo con el RIPS entre 2008 y 2017 para diferentes edades, se identifica una frecuencia relativa superior de atenciones registradas para el régimen subsidiado con respecto al régimen contributivo hasta los 15 años, invirtiéndose en edades superiores siendo claramente mayor para el régimen contributivo (ver gráfico 6).

Figura 10. Porcentaje de procedimientos preventivos por edad y régimen de afiliación. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017

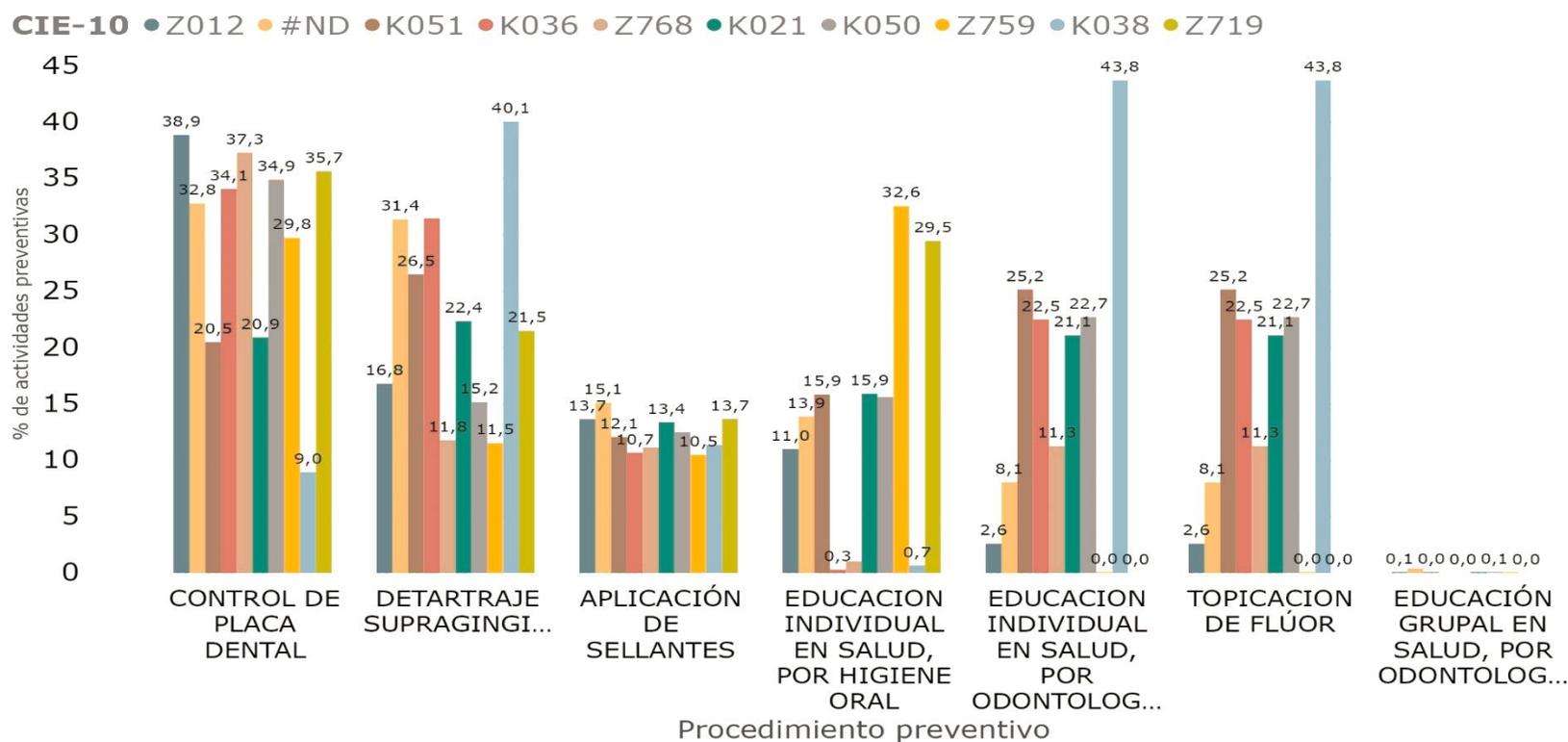


¿A qué diagnósticos CIE-10, ámbito de realización, finalidad de consulta y personal que atiende se vinculan los procedimientos preventivos registrados en odontología?

De manera general de acuerdo al RIPS entre 2008 y 2017, los 10 primeros diagnósticos relacionados con las actividades preventivas corresponden a Z012 Examen odontológico (29,24%); #N/D "no definido" (24,42%); K051 Gingivitis Crónica (19,82%); K036 Caries de la Dentina (9,62%); Z768 Problema no especificado relacionado con servicios médicos y de Salud (4,44%); K021 Depósitos [Acreciones] en los dientes (2,57%); K050 Persona en contacto con los servicios de salud en otras circunstancias especificadas 1,97; K038 Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes (1,24%); Z759 Gingivitis aguda (1,88%); Z719 Anomalías de la posición del diente (0,61%). Por su parte, cuando se observan los diagnósticos relacionados de acuerdo con el

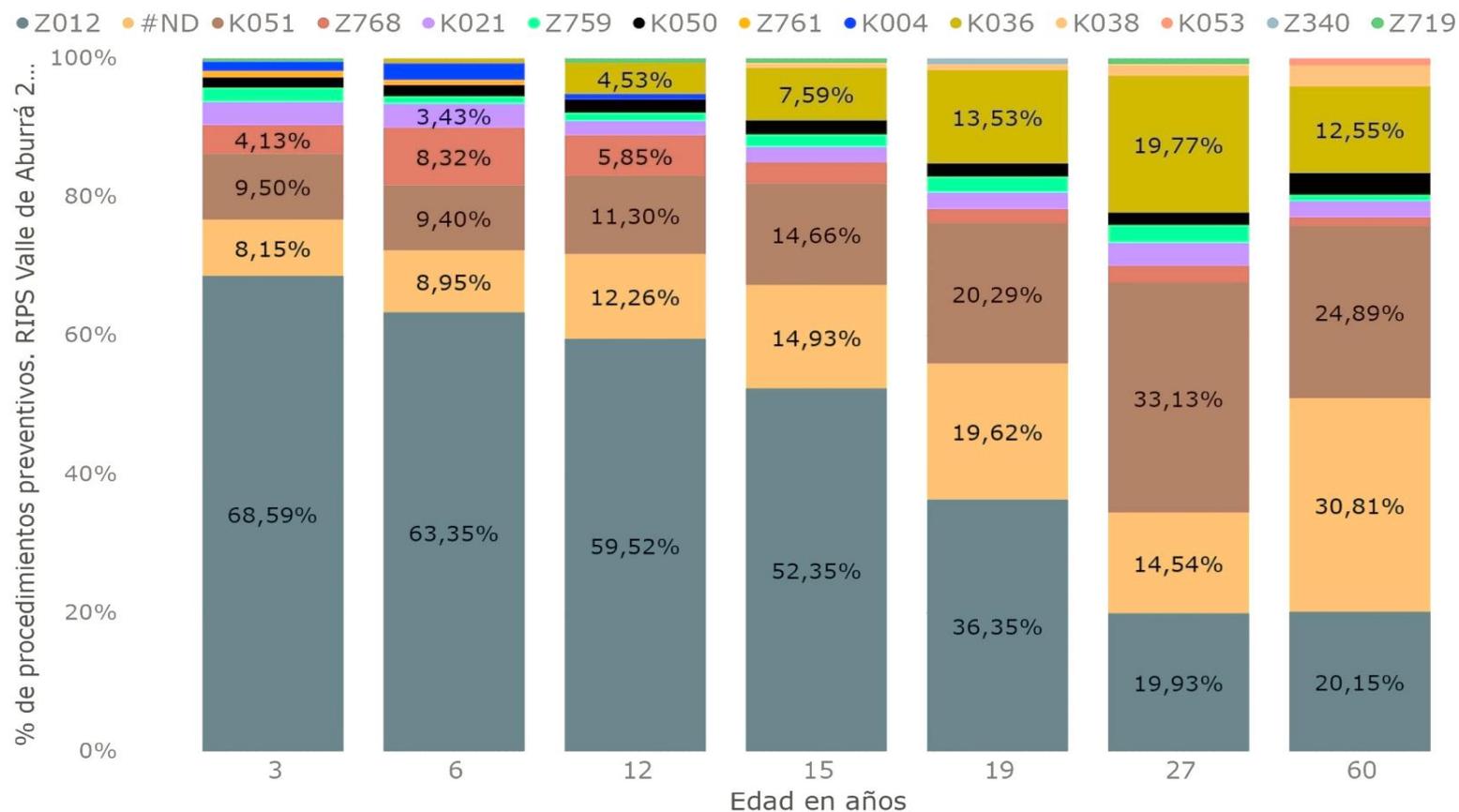
tipo de procedimiento estos varían, ya que es posible identificar que los más frecuentes vinculados al control de placa corresponden a Z012 Examen odontológico y Z768 Problema no especificado relacionado con servicios médicos y de salud, para Detartraje supragingival: K038 Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes, K036 Caries de la Dentina y #N/D "no definido"; para sellantes #N/D "no definido" y Z719 Anomalías de la posición del diente; para educación individual por higiene: Z759 Gingivitis aguda y Z719 Anomalías de la posición del diente; para educación individual por odontología y topicación con flúor: K038 Otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes y K051 Gingivitis Crónica; para educación grupal: #N/D "no definido", ver gráfico 7.

Figura 11. Porcentaje de procedimientos preventivos por tipo de actividad y diagnóstico. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017



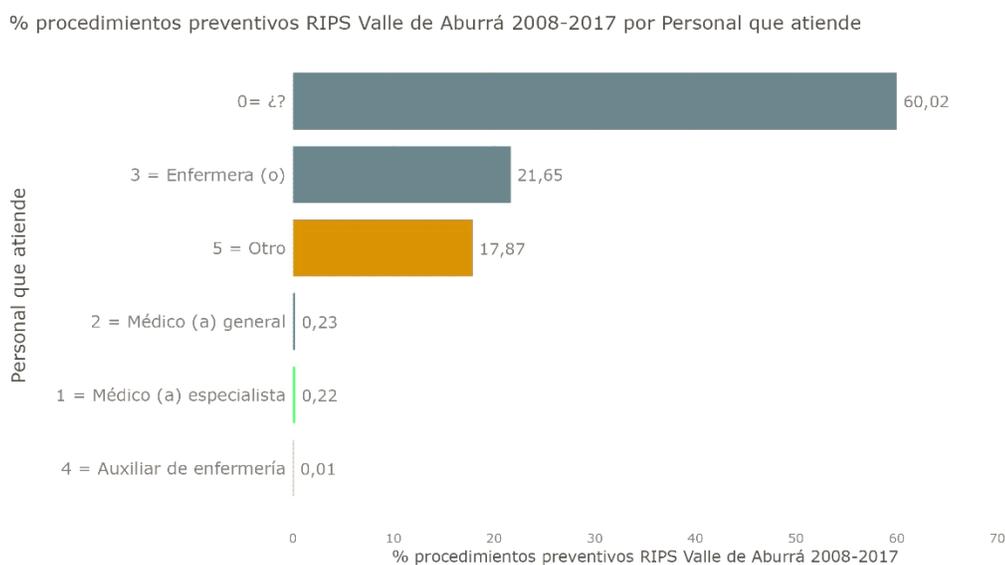
Los códigos diagnósticos asociados varían de acuerdo con la edad, con un predominio del código Z012 Examen odontológico en los primeros años de vida a K051 Gingivitis Crónica, #N/D "no definido" y K036 Caries de la Dentina en años subsiguientes, ver gráfico 8.

Figura 12. Porcentaje de procedimientos preventivos por edad y diagnóstico. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017



En cuanto al ámbito donde se realizan los procedimientos preventivos en SB; el 99,53% (11.461.240) de los procedimientos preventivos se reportan en el ámbito de realización "ambulatorio"; 0,05% (5.418) "hospitalario" y el 0,25% (28.589) en "urgencias". El personal que los realiza en un 60,02% se registra con código 0 (cero no tiene ninguna definición, potencial falla en el registro apropiado); 21,65% por enfermera(o) y un 17,87% como Otro (grafico 9).

Figura 13. Porcentaje de procedimientos preventivos por personal que atiende. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017



De acuerdo con la finalidad de la consulta el 90,55% se identifica como "no aplica"; y el 4,74% en Detección de alteraciones del adulto. Por otro lado, de forma general la finalidad del procedimiento corresponde a un 49,25% por protección específica, 30,62% terapéutico, 19,53% Diagnóstico; 0,59% detección temprana de enfermedad general y 0,01% en detección temprana de enfermedad laboral.

Al observar el comportamiento entre los grupos de menor edad se identifica una mayor proporción de actividades con la finalidad protección específica con respecto a la finalidad terapéutica, proporción que se invierte a partir de los 27 años, ver gráfico 11.

¿Cuál es el costo en copagos que registran las actividades preventivas?

El costo reportado en copagos relacionado con procedimientos odontológicos preventivos corresponde a un 76,20% igual a \$0 y un 23,79% superiores a \$0.

Figura 14. Porcentaje de procedimientos preventivos por finalidad de consulta. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017

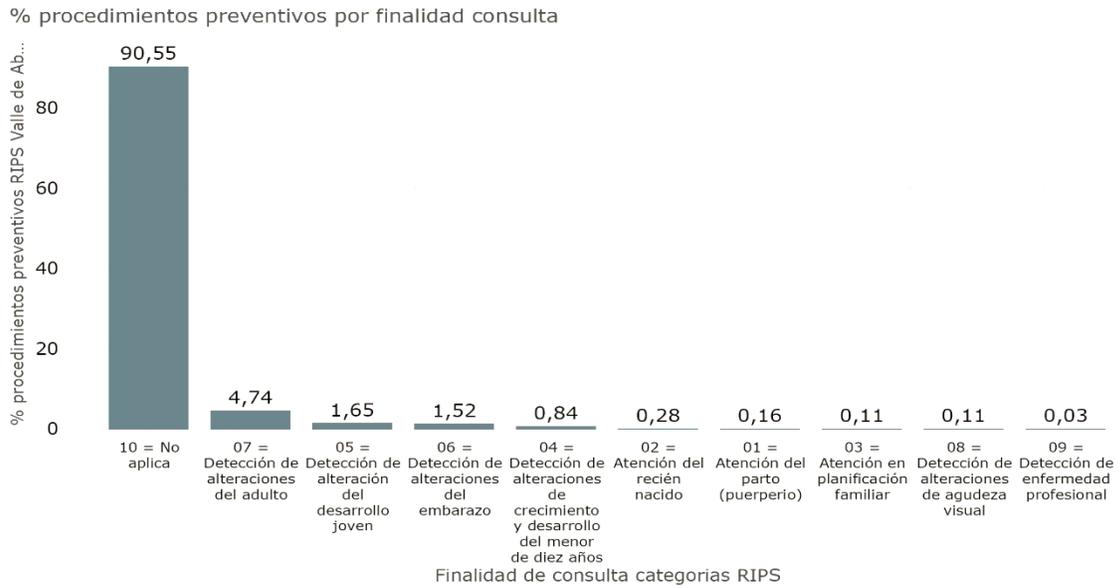
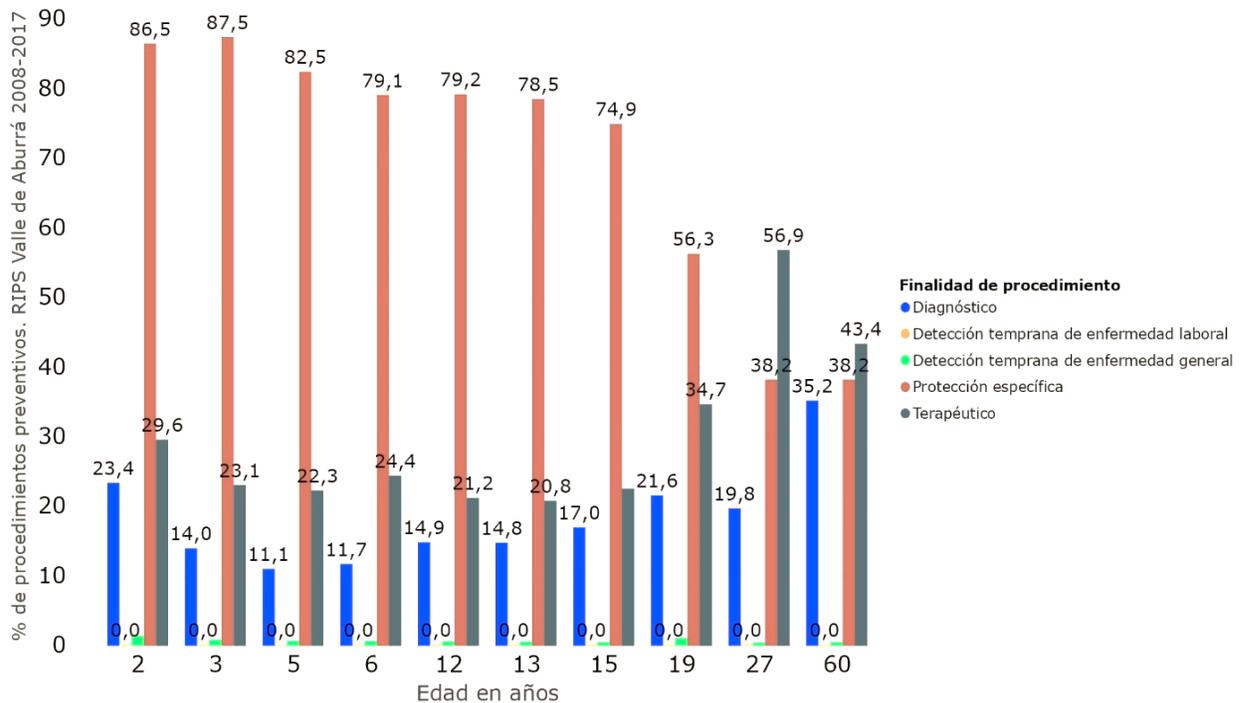


Figura 15. Porcentaje de procedimientos preventivos por finalidad de procedimiento y edad. RIPS Valle de Aburrá 2008-2017



¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento de las actividades obligatorias en odontología en individuos con 9 a 10 años de registro continuo en RIPS?

Para este análisis se utilizó como base el concepto de trazabilidad, que es la capacidad de controlar el rastro, dar seguimiento, o trazo individual a un producto o servicio desde un punto A hasta un punto B. En el sector salud, es importante conocer cada uno de los movimientos de los individuos al interior del sistema, pues esto nos permite analizar la calidad, cobertura y alcance de los programas en Salud. En nuestro caso deseamos rastrear las personas que han sido intervenidas con procedimientos odontológicos durante el 2008 al 2017, como criterios de selección de los individuos, se seleccionan aquellas personas que han tenido una consistencia mayor o igual a nueve años de registros y con una edad de 9 a 10 años debido a ser un grupo clave en las políticas que incluyen la atención preventiva en SB.

Como resultado se obtuvo una base de datos de 64 individuos que coinciden y un total de 14.270 registros. Los 10 años se toman teniendo en cuenta que en los documentos normativos se estima que los efectos de este tipo de intervenciones se reflejan a partir de los 7 años.

Cuadro 10. Medidas de resumen para el número de actividades preventivas recibidas en menores de 9 a 10 años durante 2008 y 2017. Control de placa (CP); Flúor en gel o solución (F/GS); Flúor en barniz (F/B); Sellantes (S), Detartraje (D); educación grupal por odontólogo o por higiene oral (EG*OD/EG*HG); educación individual por odontólogo o por higiene oral (EI*OD/EI*HG).

	CP	F/GS	F/B	S	D	EG*OD	EI*OD	EG*HG	EI*HG
n	64	64	64	64	64	64	64	64	64
Media	15,73	29,89	0,00	11,33	5,47	0,00	0,02	0,00	0,00
Mediana	16,00	29,00	0,00	8,00	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Mínimo	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	56	80	0	60	33	0	1	0	0
Percentil	25	7,00	20,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	50	16,00	29,00	0,00	8,00	2,00	0,00	0,00	0,00
	75	22,00	38,50	0,00	15,75	7,75	0,00	0,00	0,00

La población entre 9 a 10 años trazada en Valle de Aburrá presenta durante los 10 años de registro, presentó una mediana de 16 controles de placa (RIQ:15); 29 aplicaciones de flúor en gel o solución (RIQ:18,5); 8 sellantes (RIQ:11,75); 2 detartrajes (RIQ:7,75); 0 actividades educativas, 0 aplicaciones de flúor.

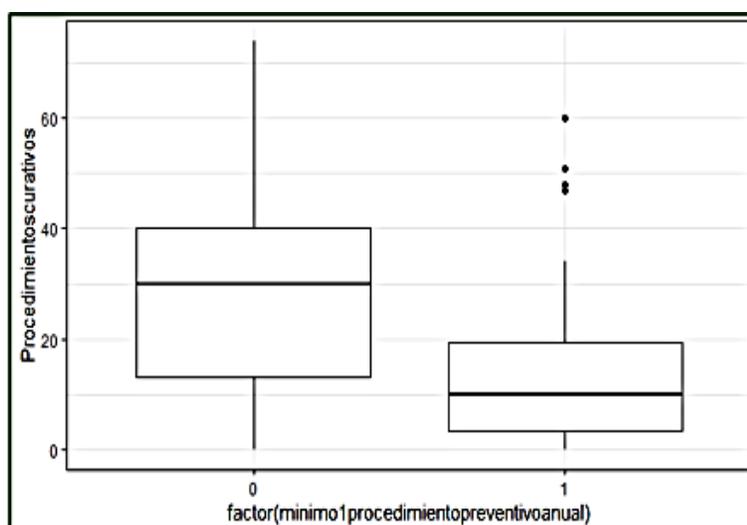
Llama la atención los rangos diferenciados mostrando el registro de hasta 80 aplicaciones de flúor y 56 controles de placa con respecto a individuos que no reciben ninguno. Los códigos educativos prácticamente no se registran.

Cuadro 11. Descripción del cumplimiento de actividades preventivas según la Resolución 412.

Atención preventiva en el tiempo (9 a 10 años)	Frecuencia	Porcentaje
1 o más años sin recibir algún procedimiento preventivo	37	57,8
1 procedimiento preventivo mínimo al año	27	42,2
Total	64	100,0
Cumplimiento de la Resolución 412 para Control de placa		
0= No cumple mínimo 2 controles de placa anuales	40	62,5
1= Cumple mínimo 2 controles de placa anuales	24	37,5
Total	64	100,0
Cumplimiento de la Resolución 412 para aplicación de flúor		
0= No cumple mínimo 2 aplicaciones de flúor anuales	44	68,8
1= Cumple mínimo 2 aplicaciones de flúor anuales	20	31,3
Total	64	100,0

¿Existe diferencia entre el número de procedimientos curativos registrados entre la población que recibe procedimientos preventivos al menos una vez al año, y aquellos que cumplen la frecuencia de control de placa y Flúor tópico en gel o solución estipulada por la Resolución 412 del 2000?

Figura 16. Caja y bigotes para contraste de mediana de tratamientos curativos recibidos por procedimiento preventivo cualquiera mínimo 1 anual en niños de 9 a 10 años con 9 a 10 años de reporte continuo.



De acuerdo con los registros se observan diferencias superiores en las medianas de procedimientos curativos realizados entre personas con al menos un procedimiento preventivo anual (Me 10, RIQ 18) y las personas

con 1 o más años sin recibir algún procedimiento preventivo (Me 30, RIQ 29) (figura 5); de igual modo, se pueden apreciar diferencias entre el grupo con cumplimiento de los controles de placa correspondientes a su edad (Me 10, RIQ 29) y sin cumplimiento de controles de placa (Me 29, RIQ 30) (figura 6). La menor diferencia se evidencia en la mediana de procedimientos curativos entre las personas con cumplimiento de topificaciones de flúor (Me 11,5, RIQ 24) y las que no las cumplen (Me 24, RIQ 31) (figura 7).

Figura 17. Caja y bigotes para contraste de mediana de tratamientos curativos recibidos por cumplimiento mínimo de control de placa cada seis meses en niños de 9 a 10 años con 9 a 10 años de reporte continuo.

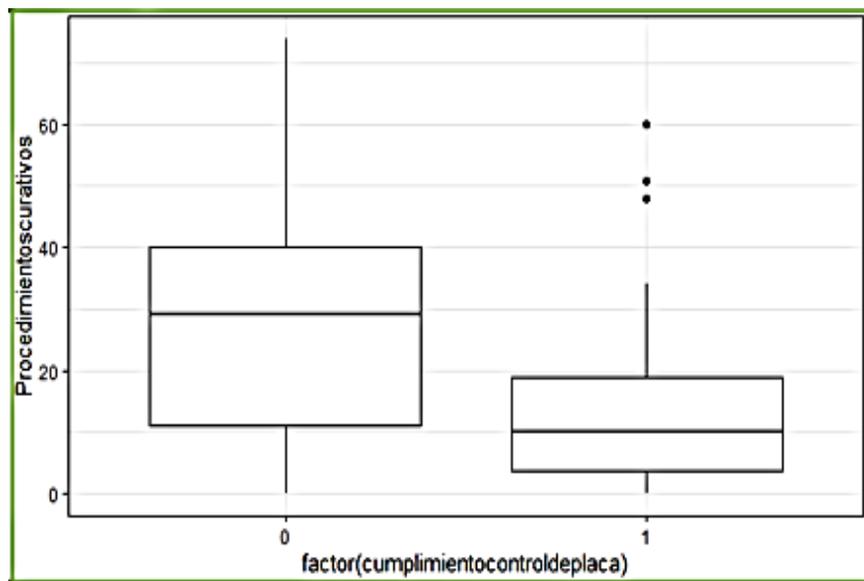
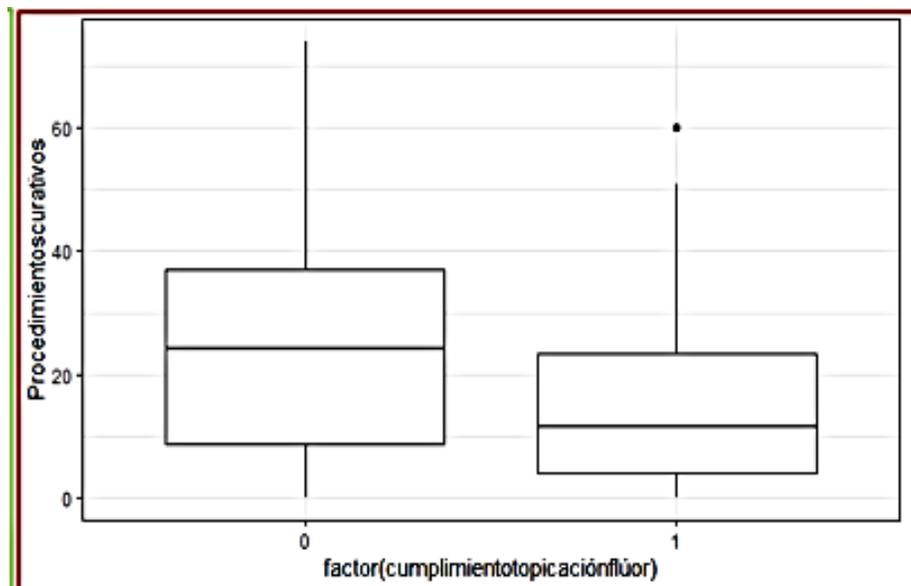


Figura 18. Caja y bigotes para contraste de mediana de tratamientos curativos recibidos por cumplimiento mínimo de topicación con flúor cada seis meses en niños menores de 10 años con 9 a 10 años de reporte continuo.



Conclusiones del apartado.

Se aproxima una caracterización cuantitativa de la implementación de la estrategia a partir de los registros de prestación de servicios. Se identifica la importancia de los RIPS para evaluar las acciones realizadas y su potencial no utilizado para hacer seguimiento a los procedimientos. Se encuentran limitaciones para entender la implementación desde las categorías descritas en el SISPRO y el RIPS sea porque no dan cuenta de las necesidades de reporte en salud bucal para evaluar sus intervenciones en el caso de las variables etnia, grupos de edad muy amplios e irregulares, personal que atiende, limitación en los diagnósticos CIE-10 relacionados, ámbito de realización restringido a lo intramural, y la necesidad de revisar la pertinencia y semejanzas entre las categorías de las variables finalidad de consulta y finalidad de procedimiento, como también por posibles problemas en el registro en el caso de la variable etnia, costo y personal que atiende. Se evidencia diferencias en las tendencias de frecuencia entre los registros en SISPRO y lo evidenciado en Valle de Aburrá a partir de los RIPS, en el primero presenta tendencia al aumento y en el segundo a disminuir.

El control de Placa fue la actividad preventiva más frecuente en odontología, las actividades educativas son las más reducidas y los registros de flúor en barniz son cuestionablemente bajos u omitidos. Los análisis del total de atenciones, atención por diagnósticos relacionados, por régimen de afiliación y por finalidad de procedimiento que se estratifican por edades y año permiten visualizar patrones de atención que difieren claramente entre poblaciones. Al parecer, algunas actividades preventivas registran costos diferentes a cero en copagos, el cero a su vez puede confundirse con otra categoría cero llamada pago por paquete, esto dificulta el análisis del cumplimiento en este sentido.

Finalmente de una base de datos final de usuarios con 7.411.413, solo 64 individuos de 9 a 10 años pudieron ser utilizados para analizar la continuidad de la atención durante 9 a 10 años. Esto se debe a la falta de continuidad en los registros y las dificultades técnicas para integrar los archivos RIPS que permitieran asociar las personas (Archivo de usuario) con los procedimientos recibidos (Archivo de procedimientos) ya que se encuentran separados. Se observó en la trazabilidad algunos individuos con una alta frecuencia de actividades en control de placa y flúor recibidas en contraste con otros sin ninguna actividad, prácticamente no se reportan actividades educativas y no se evidenció el uso del código de flúor en barniz.

Al parecer las personas que reciben la estrategia tienen menos reportes de actividades curativas relativas a ellas, lo que podría sugerir un posible impacto positivo en la condición de salud de las personas expuestas a la estrategia, sin embargo, estos resultados pueden ser altamente cuestionables.

ANÁLISIS FUENTE DOCUMENTOS OPERATIVOS TERRITORIALES

5.4. OBJETIVO 2. Estrategia de atención preventiva para la salud bucal desde el nivel operativo.

En respuesta al objetivo 2 que incluye identificar informes, planes, proyectos, u otros registros que la nación, departamentos, municipios, prestadores o aseguradores que se diseñan para poner en operación o informar la gestión de las acciones preventivas en salud bucal, se seleccionaron teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad: Documentos, informes, archivos, ordenanzas, acuerdos, u otros registros de carácter local, departamental, municipal relacionados con la atención preventiva en salud bucal entre enero del 2000 y septiembre de 2019 publicados en portales oficiales y repositorios de instituciones nacionales.

Se obtuvieron 172 documentos operativos de diferentes territorios del país entre 2009 y 2019: 5 documentos técnicos (2010 a 2017), 192 informes de auditoría de la Superintendencia de Salud (2009 a 2017), 29 informes de rendición de cuentas (2012 a 2019), 32 informes de gestión (2011 a 2019), 16 planes territoriales (2011 a 2019). Los territorios identificados en los informes corresponden a: Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guajira, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Vichada y documentos Nacionales (ver anexo 7).

Se define el constructo ejecución como una barrera en tanto los documentos no reflejan las condiciones y resultados que den cuenta de la forma de implementación y el logro de objetivos claros para la prevención en salud bucal

¿Qué acciones se reportan en los 172 documentos operativos a nivel nacional entre 2008 y 2018 vinculadas a las dimensiones de la estrategia de atención preventiva en salud bucal?

El cuadro 9 da cuenta de las acciones reportadas con mayor frecuencia en los documentos territoriales analizados (se redactan de manera

explícita). Estas actividades responden al núcleo PC de planes complementarios al POS, permeados por los lineamientos del Plan de Atención Básica PAB, el Plan de intervenciones Colectivas PIC y por las líneas de trabajo indicadas en los Planes Nacionales de Salud Pública. Pese a que, teóricamente, estas políticas apuntan a abordar determinantes de la salud, se terminan realizando las acciones en la práctica de la misma manera como son descritas en los documentos de política. Estas actividades se reportaban de forma fragmentada, con párrafos cortos, descripciones simples y repetitivas, y escasamente continuas entre periodos. La información es acompañada, usualmente, del número de personas beneficiarias y, además de ello, en ninguna (a excepción de algunos documentos más recientes de la ciudad de Medellín, Bogotá y Manizales) se describen algunas condiciones de la implementación y resultados.

Las acciones informadas, las cuales no variaron significativamente en el tiempo, se pueden agrupar en 5 grupos en general centrados en promover la salud bucal a través de la higiene dental en población menor de edad, mujeres embarazadas y líderes comunitarios, mediante brigadas a lugares comunitarios como escuelas. La inducción a la demanda de servicios preventivos se lleva a cabo a través de vistas domiciliarias, folletos y, al parecer, alianzas con otras áreas de la salud. Para mejorar la atención se realizan asistencias técnicas, acompañamiento y auditorías a aseguradoras y prestadores. Se trata de actividades más bien enfocadas en fortalecimiento de la estrategia desde lo intramural. Se identifica también la persistencia de algunas empresas como Colgate en la entrega de insumos de higiene bucal.

Cuadro 12. Acciones identificadas en documentos operativos a nivel nacional entre 2008 y 2018 vinculadas a la estrategia de atención preventiva en salud bucal, (anexo 7).

 Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva	
Actividades preventivas informativas/educativas	
Brigadas de Salud dirigidas a la comunidad con actividades educativas en Salud Oral. Capacitación a mujeres en embarazo. Capacitaciones individuales en higiene bucal a los pacientes. Capacitación a profesores y cuidadores. Talleres y Charlas de "sensibilización" en salud bucal.	Capacitación a madres comunitarias. Taller de capacitación a líderes comunitarios. Mesa de Trabajo para la salud oral. Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal en el hogar, ámbito laboral, escolar y en instituciones como guarderías y hogares de bienestar a través de talleres lúdicos pedagógicos.
Actividades para la demanda inducida de personas hacia acciones preventivas.	
Demanda inducida desde las visitas domiciliarias a personas discapacitadas, población víctimas del conflicto armado. Fortalecer alianzas organizacionales y espacios de participación.	Promoción del ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios a los servicios de salud bucal a través de folletos informativos. Capacitación en este componente al personal de control prenatal.
Procedimientos clínico-preventivos	

<p>Aplicación de flúor a niños menores de 12 años. Acciones de promoción y prevención en salud oral mediante visitas a familias, a Instituciones educativas, a hogares infantiles, a Centros de Desarrollo Infantil CDI.</p>	<p>Acciones de promoción y prevención en salud oral dirigidas a la población vulnerable, infantil, adultos mayores y en discapacidad, para la detección del índice de placa, promover los hábitos de higiene bucal.</p>
<p>Planes y programas</p>	
<p>Implementación de AIEPI comunitario y madres FAMI. Implementación de la Estrategia Soy Generación Mas Sonriente. Implementación del Carné de Salud Oral a través de la Alianza por un futuro Libre de Caries. Instituciones Educativas rurales y Urbanas reciben a través de la empresa Colgate-Palmolive, material educativo y kits de salud oral que consta de cepillo y crema dental.</p>	<p>Desarrollar acciones de articulación para el fomento de Salud oral para la dotación de 6000 kits de higiene bucal y entrega de material de información y educación kits de salud oral a población vulnerable: niños, niñas y adolescentes. Unidades básicas de atención móvil UBA que atiende a población con difícil acceso Convenios celebrados con las ESEs para la realización de acciones de educación a la población en Hábitos de Salud Oral.</p>
<p>- Inspección, vigilancia y control - Responsabilidad de los actores involucrados en la implementación - Habilitación</p> <div style="text-align: right;">  </div>	
<p>Asistencias técnicas y auditorias</p>	
<p>Asistencia Técnica de verificación al cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva de salud oral a EPS e IPS públicas y privadas y a la ESE Hospital Local Asistencia técnica a funcionarios del Sistema de Atención al Usuario (SIAU), respecto al contenido del POS odontológico y de la norma técnica Charlas de humanización de los servicios de salud bucal.</p>	<p>Asistencias técnicas para promover acciones en higiene bucal y la importancia del cuidado del primer molar permanente Foro de Salud oral para promover la habilitación del servicio "Acompañamiento en la Secretaría de salud y seguridad social en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control de la salud oral y fluorosis" Cursos de inducción a odontólogos para ejecutar estas acciones durante el servicio social obligatorio.</p>

Los informes en general se centran en acciones limitadas relacionadas con la dimensión aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva y en la dimensión inspección vigilancia y control principalmente en acompañamiento técnico para la capacitación de los profesionales en lineamientos vigentes. Estas acciones hacen parte de las responsabilidades de entidades territoriales y son necesarias en los procesos de habilitación. En síntesis, hay ausencia de la visualización de resultados partiendo de una línea base, acompañada de metas, indicadores y nivel ejecutado. No se describen resultados detallados en cuando a estrategias y efectividad de la demanda inducida y llama la atención que casi todas las actividades son en capacitación o información de carácter individual y en higiene.

¿De acuerdo con los documentos operativos revisados, cómo se describen la implementación de la estrategia de atención preventiva en los diferentes territorios del país con respecto a sus dimensiones?

De acuerdo con los documentos operativos revisados entre 2008 y 2018, la información analizada permitió identificar, por ejemplo, que los

territorios categorizados en rojo presentan fallas en prácticamente todas las dimensiones propuestas de la estrategia. Los territorios en naranja reportan acciones realizadas de forma restringida a la norma, sin descripciones que permitan orientar la toma de decisiones. Los territorios en amarillo reportan, aunque de forma corta, algunas descripciones que dejan entrever aspectos de la implementación que denotan acciones de mejora y actividades complementarias a las indicadas en la norma (ver cuadro 13).

Cuadro 13. Detalle de la categorización de los territorios de acuerdo con los contenidos identificados en los documentos operativos entre 2008 y 2018 y su relación con las dimensiones de la estrategia preventiva.

Dimensiones de la estrategia preventiva en SB			 Inspección, vigilancia y control				
	 Responsabilidad de los actores en la implementación						
	 Planeación						
			 Habilitación				
							
Resumen Operativo	contenido	Realiza Acciones anuales obligatorias de protección específica con conocimiento del perfil de la población objetivo	Detalla Indicadores en la planeación	Inclusión de los componentes de atención preventiva en SB en planes territoriales.	Describe infraestructura acorde a la ejecución. contratación adecuada y oportuna con prestadores. Talento humano suficiente y contratado de manera continua y oportuna.	Describe acciones de demanda inducida, asistencias técnicas y auditorías. Los resultados guían la toma de decisiones	Se apoya y describe iniciativas propias como políticas, convenios, proyectos innovadores, sistemas de información específicos para salud oral, búsqueda de recursos de acuerdo con las necesidades locales y sus resultados de gestión.
Grupo 1	Inconstante o no informa	Incompleto o no informa	No se evidencia	Se evidencian múltiples fallas o no informa	No se evidencia	Inconstante/incompleto	No se evidencia
Grupo 2	Evidencia	Incompleto	evidencia	Se evidencian fallas persistentes	Inconstante	Inconstante/incompleto	No se evidencia
Grupo 3	Evidencia	Informa	evidencia	Se evidencian fallas con acciones de mejoramiento	Inconstante	Informa	evidencia

*AT: Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal.

Según la figura 8, un 69% de los territorios posee el componente preventivo en SB de forma inconstante en el tiempo, con fallas normativas, pero con evidencia de algunas acciones de mejora. Ningún territorio presentó el componente de forma constante incluyendo el cumplimiento completo de la norma con acciones exhaustivas de mejoramiento.

Figura 19. Esquema territorial de Colombia que aproxima el estado de la estrategia categorizando por colores. La tabla 2 muestra diferentes condiciones identificadas con el porcentaje de departamentos correspondientes.

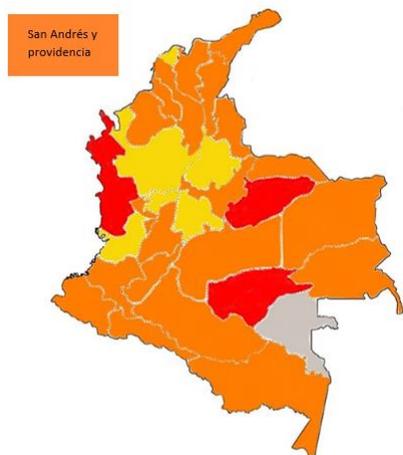


Tabla 2. Categorización de los territorios de acuerdo con el estado general de la estrategia de atención preventiva descrito en sus documentos operativos en salud.

Grupo	Descripción	% de departamentos
0	Componente ausente	3%
1	Información de difícil acceso	0%
1	Componente inconstante con fallas sin evidencia de acciones de mejora	9,3%
2	Componente inconstante, con algunas fallas normativas, pero con evidencia de acciones de mejora	69%
3	Componente constante con algunas fallas normativas, pero con evidencia de acciones de mejora	18,7%
4	Componente constante, cumplimiento completo de la norma con acciones de mejoramiento	0%

Fuente: Propia de los autores basada en la revisión documental

*El soporte de esta revisión se encuentra en el anexo 5 con los 172 documentos revisados. Esta caracterización solo aproxima el estado de la estrategia debido a que no se encontraron documentos para todos los municipios y de forma continuada en el rango de tiempo para todos ellos.

Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de salud bucal desde el nivel operativo.

Cuadro 14. Calificación resumida de los constructos identificados en los documentos para cada grupo territorial.

Dominio	Constructos Identificados N= 27	Estado de la estrategia en los grupos territoriales entre 2008 y 2018			
		1	2	3	Calificación general
Entorno externo	Políticas externas e incentivos				
	Necesidades y recursos del paciente				
Entorno interno	Clima de implementación:				
	· Clima de aprendizaje				
	· Objetivos y su retroalimentación				
	· Prioridad Relativa				
	· Tensión para el cambio				
	· Compromiso del Liderazgo				
	· Recursos disponibles				
	Redes y comunicaciones				
Características de los individuos	No se identificó información para este componente				
Procesos	Planeación				
	Participación (de Líderes de implementación formalmente designados, líderes de opinión, agentes de cambio externo, participantes en la implementación y población objetivo)				
	Ejecución				
	Reflexión y evaluación				

* **rojo:** barrera; * **verde:** facilitador; **naranja:** mixto. No se generaron códigos para los dominios *Características de la intervención* y *Características de los individuos*, debido a que los informes se enfocan en actividades con indicadores de ejecución y algunas descripciones del proceso. Nótese como en los territorios en amarillo los constructos CFIR muestran condiciones de implementación más favorables principalmente en el Dominio *Procesos*. la calificación final se deduce en su predominio negativo, positivo o mixto.

5.4.1 Dominio Entorno interno/constructo Objetivos y retroalimentación (Mixto)

Este constructo se relaciona a la incorporación de objetivos, indicadores y metas en las organizaciones coherentes con la estrategia para orientar la planeación e implementación de acciones. En este sentido, los territorios en naranja y rojo y los territorios en amarillo, antes de 2013, usualmente mencionan la estrategia y algunas actividades obligatorias descritas en la norma técnica de la resolución 412, como en los Planes nacionales de salud pública. El objetivo se vincula a mejorar la salud bucal de las personas mediante la prevención. Aunque lo más recurrente fue no encontrar líneas base, metas, indicadores u otros aspectos que dieran cuenta de cómo se llevó a cabo la implementación para dar respuesta al objetivo.

"El problema no está bien configurado, la meta es menor que la línea base, no se identifica línea base para los demás indicadores, los indicadores parecen actividades más que objetivos concretos, no se evidencia un plan de acción claro para llevarlos a cabo". Plan de Desarrollo 2018-2019. Amazonas

"Salud oral 2009 2010: No ha establecido ninguna de las dos metas esperadas para la prioridad". Informe de Visita Cundinamarca Componente De Salud Pública. 2009-2010

5.4.2 Dominio Entorno interno/constructo Tensión de cambio (facilitador)

Este constructo se relaciona al grado en que las personas demuestran una clara necesidad de implementar la estrategia, esto se considera un aspecto que impulsa la adopción de cambios en las organizaciones. Al respecto se identifica, particularmente en los informes, en amarillo, la descripción de la problemática en salud bucal del territorio, se muestran prevalencias, algunos logros obtenidos y las áreas débiles que requieren mejoramiento oportuno. Se observa que las exigencias de los afiliados están generando presión en la forma como se realiza la prevención

"Del 42.7% de las instituciones que entregaron datos, sólo el 52% son operativos... la gran mayoría de los fallos de las tutelas corresponden a "tratamiento integral", lo que requiere que al paciente se le debe realizar todos los tratamientos odontológicos, hasta alcanzar una situación de salud oral perfecta. Los pacientes en estos tratamientos duran años y se les debe conseguir citas mensualmente, es de resaltar que el costo de

estos tratamientos es muy elevado". Informe de Gestión Savia Salud EPS. 2017. Antioquia

5.4.3 Dominio Entorno interno/constructo Prioridad relativa (mixto)

Esta construcción tiene que ver con la percepción compartida de los individuos sobre la importancia de la implementación dentro de la organización. En cuanto a ello, sobre todo en los informes más recientes de los territorios en amarillo y en algunos periodos en territorios naranja desde 2014 y 2015 aproximadamente, el componente de salud bucal se identifica y describe claramente, articulado en el documento, incluido en los planes de salud territoriales y con algunas menciones positivas en los informes de auditoría. Para la mayoría de los territorios identificados en colores naranja y rojo se intenta darle participación a la estrategia más como un requisito de norma, su priorización como algo relevante no es tan evidente, su presencia no es constante y su contenido descrito de manera superficial no parece claramente definido y reconocido.

5.4.4 Entorno interno \constructo Preparación para la implementación\subconstructo Compromiso del liderazgo (barrera)

Es constructo se define como el compromiso, participación y responsabilidad con la implementación de la estrategia, de actores que pese a no tienen un papel definido en la estrategia, son parte integral de la misma como los directores, gerentes, coordinadores y otros tomadores de decisiones. Al respecto, se reporta falta de oportunidad en las decisiones por parte de los gerentes de instituciones prestadoras. Se reporta poca disponibilidad de tiempo de los responsables en cada ente territorial para apoyar la convocatoria y/o actividades preventivas en salud bucal. De igual modo, hay retrasos en la contratación de las actividades y personal responsable.

5.4.5 Entorno interno \constructo Preparación para la implementación \subconstructo Recursos disponibles (Barreras)

Los recursos disponibles hacen alusión a aquellos dedicados a la implementación y las operaciones continuas, incluido el financiero, talento humano, espacio físico y el tiempo. En cuanto a esto, Se reportan recursos económicos mínimos para la ejecución de este componente en los municipios, siendo que en algunos casos llega a 1 y 2 millones anuales. Algunas I.P.S. no cumplen con todos los requisitos de habilitación, pese a

encontrarse inscritas y habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud "REPS". Se reporta sobrecarga laboral en auxiliares y odontólogos, y en el personal encargado de la inspección, vigilancia y control. Algunos territorios no desarrollan mecanismos de capacitación y actualización del talento humano. También se reporta ausencia o muy pocos profesionales de planta ya sea por ausencias o reubicaciones por enfermedad laboral en auxiliares de salud bucal.

5.4.6 Entorno interno/clima de aprendizaje (mixto)

El clima de aprendizaje se define en la capacidad del sistema y sus organizaciones de generar espacios y mecanismos que permitan el desarrollo y crecimiento continuo de conocimientos y habilidades trascendentales para la implementación exitosa. Al respecto, algunos documentos de auditoría reportan que las condiciones de contratación por periodos cortos de tiempo afectan la continuidad en los programas propuestos. La contratación es inoportuna y no realizan actividades de inducción y empalme. Algunos territorios persisten con fallas pese a las indicaciones dadas por el ente de control.

"Limitaciones en Producción, circulación de conocimiento, y de recurso humano con condiciones laborales óptimas que le permitan responder, con altos niveles de calidad, a la resolución de las necesidades y problemáticas de salud oral de la población del Distrito Capital". Informe Cove Local Comité Vigilancia Epidemiológica Salud Oral Noviembre 2014. Equipo ASIS Local. Alcaldía de Bogotá

Al parecer las visitas de inspección, vigilancia, control y asistencias técnicas suscitan, aunque con dificultades, la identificación de errores y promueven la actualización y capacitación.

"La superación de esta meta se debe a la intensificación de acciones de asistencia técnica como parte del proceso de asistencia técnica integral"
Informe de Gestión 2018 Santiago de Cali.

5.4.7 Dominio Entorno interno \Redes y comunicación (barrera)

Se concibe como la naturaleza y calidad de las comunicaciones formales e informales dentro de una organización. Al respecto de manera general, existen dificultades en el proceso de articulación con los profesionales que realizan las acciones asistenciales en las IPS pública y privadas para el fortalecimiento del componente preventivo en salud bucal del país. Los problemas de articulación entre prestadores, aseguradores, entidades territoriales y nación favorecen la sobre intervención en algunas

poblaciones y la generación de acciones aisladas que impiden un mayor impacto. Se reportan dificultades para hacer operativo el trabajo interdisciplinario y no se incorporan estrategias intersectoriales. Algunas estrategias descritas como AIEPI e IAMI favorecen el trabajo articulado alrededor de este componente evidente en los informes más recientes.

5.4.8 Dominio Procesos/constructo Ejecución (barrera)

Este constructo relaciona las declaraciones que den cuenta de la implementación de acuerdo al menos con lo proyectado a nivel reglamentario. Se reportan en los documentos dificultades en la ejecución de los siguientes aspectos específicos: adopción de cambios en la legislación; acciones para la educación en el ejercicio de derechos y deberes de los usuarios en salud bucal; acciones específicas dirigidas a diferentes grupos poblacionales; diligenciamiento de la historia clínica y el consentimiento informado; en el cumplimiento de protocolos, guías de manejo y normas técnicas. En ese sentido, se sugiere resistencia del personal para su adherencia. Igualmente, las actividades educativas son realizadas principalmente por auxiliar con mínima capacitación y actualización, y para afrontar las dificultades derivadas de abordar aspectos emocionales durante las intervenciones clínicas.

Se observan falencias para desarrollar acciones por fuera del servicio de salud, partiendo de un conocimiento del contexto, de las características de las personas y el lugar, utilizando en ocasiones, metodologías que hacen ruido con la dinámica de otros entornos como el familiar, el escolar o el comunitario. Se han detectado dificultades en su cobertura en zonas rurales apartadas de los diferentes municipios. No se discrimina la ejecución del presupuesto y en algunos territorios se deben realizar acciones de sensibilización en la importancia de fortalecer alternativas a la exodoncia.

"Se realizó asistencia técnica para enfocar acciones de salud pública en salud oral en cuanto a la prevención y control de enfermedad periodontal sensibilizando a los actores del sistema para generar mayor intervención en la población fortaleciendo acciones y alternativas previas a la exodoncia". Informe de Gestión 2018 Gobernación De Nariño

En los informes mejor soportados (amarillo), se evidencia que la incorporación del componente preventivo de salud bucal en los planes de salud territoriales, como el plan de intervenciones colectivas, planes operativos anuales y las auditorias para verificar el cumplimiento por parte de aseguradoras y prestadores promueve la ejecución de los

componentes de la estrategia como las iniciativas con énfasis en primera infancia, infancia y maternas.

5.4.9 Dominio Procesos/constructo Planeación (barrera)

La planificación se describe como el grado en que se desarrolla por adelantado un curso de acción, esquema o método de comportamiento y tareas para promover la implementación efectiva. En los documentos este componente se vincula con el reconocimiento de las alteraciones en salud bucal como problema de salud por parte de las autoridades en las direcciones territoriales. La incorporación en el plan operativo anual no garantiza su ejecución oportuna y completa. Se reportan dificultades en la gestión de los archivos que puedan demostrar las acciones y asistencias realizadas, de tal modo que se facilite presentar y evaluar los informes de manera satisfactoria. Es necesario fortalecer las capacidades de planeación, análisis de salud y priorización en este componente asimismo la forma de asignar recursos acordes a esas necesidades.

"Descripción de la situación existente con respecto al problema: Salud oral: desconocimiento de la importancia de cuidar la salud bucal. 1.1 Débil planeación territorial para, coordinar y organizar las intervenciones colectivas y acciones individuales en salud pública. 1.2 Bajas características y condiciones de recurso humano para la promoción en salud y gestión del riesgo". Proyecto Desarrollo de las actividades del plan de intervenciones colectivas de salud pública del municipio de Florencia CAUCA. Código BPIN: 2018192900032; 30/06/2018

No se evidencian contenidos que sugieran una planificación rigurosa de las actividades preventivas en salud bucal. Si es que aparece este componente en el informe, se mencionan actividades, pero no se detalla cómo fueron implementadas. Un abordaje integral con una línea base definida, objetivos, indicadores y metas de resultado son prácticamente inexistentes. Lo más usual es reportar el seguimiento y realización de programas basados de manera estricta en los contenidos de la norma técnica y algunas consideraciones que aportan a la estrategia preventiva en salud bucal desde el Plan de Intervenciones Colectivas PIC a cargo de la dirección territorial. Aunque con relación al PIC, no se identificó la incorporación de otros sectores a fin de apropiarlos en el tema e impulsar acciones que actúen sobre aspectos que realmente complementen las actividades incluidas en el plan de beneficios.

También se evidencian dificultades en la realización de actividades educativas con suficiente planificación y soporte sobre todo en entornos diferentes al consultorio. Un programa educativo intramural ejecutado

durante el tratamiento, parece no ser el momento y forma más apropiado para llevarlas a cabo; dificultades en la planificación de brigadas y la asistencia de las personas; en la contratación oportuna de los profesionales y de los prestadores retrasando la ejecución de los programas; por tanto, pese a que en los informes se demuestran metas logradas, no se garantiza la calidad, oportunidad e impacto en lo ejecutado. De igual manera, se reportan dificultades en la planeación de recursos de acuerdo con las necesidades. En general, se requiere utilizar los resultados de estos informes de gestión y de auditoría para emprender acciones de mejoramiento que sean sostenidas en el tiempo.

Se reporta condiciones de contratación que impiden la planeación y compromiso continuado con los programas implementados; ausencia de actividades de inducción y empalme; falta de definición clara de funciones; baja capacitación para la planeación.

Los proyectos que se desarrollan en este componente son muy pocos, falta rigurosidad en su desarrollo, los objetivos están centrados en atención a la enfermedad y muy pocos de ellos son aprobados por la entidad respectiva. En el repositorio del departamento Nacional de planeación, que va desde 2010 a 2019, se identificaron 36 proyectos relacionados con salud bucal, principalmente de los municipios Gómez Plata, Ituango, Yondó, Marmato, Montería, Tame y Valledupar, todos posteriores al 2014. Los proyectos se vinculan a la adquisición de servicios profesionales para brindar acompañamiento en la Secretaría de salud y seguridad social en el desarrollo de acciones de vigilancia y control de la salud oral y fluorosis; entrega de prótesis dentales parciales a adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y campañas de educación centradas en higiene bucal para niños menores (ver anexo 7).

5.4.10 Dominio Procesos/constructo Participación (mixto)

La Participación sugiere la motivación, interés e involucramiento de las personas clave para guiar la implementación, su papel y condiciones de participación. Al respecto, se reporta sobrecarga laboral a nivel de los responsables de este componente en los entes territoriales y condiciones de contratación que impiden un compromiso continuado con los programas implementados. En algunos casos ausencia de personal idóneo encargado.

Las entidades territoriales identifican como agentes facilitadores en la ejecución de la estrategia el sector de las comunicaciones; empresas privadas farmacéuticas y cosmética; algunas organizaciones no gubernamentales que desarrollan o apoyan proyectos comunitarios; y las

aseguradoras de riesgo laboral para fortalecer este componente en los ámbitos de trabajo, aunque esto no es una función aislada, ya que por norma estas aseguradoras deben realizar este tipo de acciones.

Aunque no es usual, se informa que la motivación de los involucrados, el conocimiento previo, la aceptación y participación de la comunidad ha sido un factor de éxito en la ejecución de sus acciones propuestas.

Con respecto al año 2017 se evidencio un incremento en la ejecución de las actividades de salud oral. Los anteriores resultados evidencian la ardua labor y compromiso de la institución junto con las estrategias de articular la prestación de servicios intramurales y extramurales en conjunto con el plan de intervenciones colectivas (PIC). Siendo importante la participación de la población. Informe de Gestión. ESE ISABU. Instituto de Salud de Bucaramanga 2018

5.4.10 Dominio Procesos \Reflexión y evaluación (barrera)

Este constructo se describe como el uso de mediciones de naturaleza cuantitativa y cualitativa sobre el progreso y la calidad de la implementación, acompañadas de informes regulares o sobre el progreso y la experiencia. En cuanto a ello, se observa escasa información que permita fortalecer el aprendizaje de los emisores de estos informes de acuerdo con las barreras y facilitadores que se hayan presentado en periodo reportado. Se informa mala organización y disposición de registros.

Los informes de Gestión de ESEs, IPS y EAPB identificados mencionan la salud oral como prioridad y la realización de jornadas en Higiene oral y cuidado de la salud; sin embargo, no evidencian o solo se limitan a una descripción superficial de las estrategias implementadas en este componente. Se limitan a informar presupuesto ejecutado y porcentaje de cumplimiento de metas, solo se diferencian las atenciones por régimen de salud. Del mismo modo, los resultados en salud, si es que se reportan, se limitan al COP. No se mencionan aspectos relevantes, tales como indicadores que den cuenta de la implementación, la evaluación de este componente usualmente se encuentra al final del informe y de manera desarticulada. Igualmente, los documentos no contrastan las metas con lo ejecutado.

Se reportan fallas en metas de cobertura, pero no se describen las causas. Del mismo modo, se reportan bajas capacidades para realizar asistencias técnicas de seguimiento y evaluación de los planes de intervenciones colectivas. Tampoco, se relacionan los análisis en salud con las

actividades propuestas y se reporta que algunas entidades territoriales no poseían evidencia de las acciones de monitoreo realizadas a las aseguradoras. Algunos municipios e instituciones no ejecutan los planes de mejora acordados en las auditorias.

Los reportes son cortos, evidenciando coberturas en procedimientos generalmente limitados a acciones de información e higiene bucal, no descritos ni discriminados por otras variables que faciliten su evaluación y mejoras en la planeación y ejecución. Algunos informes muestran metas generales obtenidas en reducción del COP, número de municipios con acciones de promoción y prevención, IPS y EPS con procesos de verificación del cumplimiento de los lineamientos en salud bucal y el porcentaje de fortalecimiento del recurso humano en salud. No se desarrollan las causas o acciones en torno a estos hallazgos.

Algunos territorios, la mayoría en informes no poseen una línea base para salud oral, se establecen metas muy bajas o no se establecen metas en este componente. Las metas trazadas no muestran una línea base regional, se soportan logros en metas nacionales que pueden no ajustarse a las condiciones de salud propias del territorio. Estas metas y planeación de acciones no evidencian ajustes, en la medida en que el territorio va abordando una línea de base propia. Se proponen metas en actividades como exodoncias o sellantes, lo cual es cuestionable a nivel ético, dado que se determina por criterios clínicos (Informe Rendición De Cuentas 2018. Empresa Social De Estado Hospital Orito. Putumayo). Se reportan errores en el cálculo de indicadores, en particular COP. Múltiples documentos no reportan metas y los que lo hacen informan no lograr las metas trazadas. Llama la atención el uso de la información y las conclusiones causales que se extraen de ella en algunos territorios:

"Con respecto a la anterior gráfica se puede evidenciar progresivamente la disminución de la patología CARIES DE LA DENTINA debido a la educación y motivación de higiene oral que se le da al usuario cada vez que asiste a la atención, ya sea en el Hospital, brigadas comunitarias o actividades extramurales". Informe de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía y Construcción de Paz Vigencia 2018. Ese Roberto Quintero Villa. Montenegro Quindío

"Se realizaron charlas de hábitos de higiene y salud orales en el CDA años dorados. Si bien se conoce que, en la actualidad, los tratamientos preventivos que se han venido realizando para mejorar la salud oral en los pacientes no son del todo efectivos, aun se evidencia un alto índice de lesiones cavitacionales en poblaciones que no poseen un acceso continuo a los servicios de salud, no obstante, la falta de conocimiento y

capacitación acerca de los temas encaminados al mejoramiento de la salud bucodental no son lo suficiente efectivos. Dádonos a conocer que tal vez no hay una concientización en la problemática actual de la caries”. Actividades Colectivas en Salud Pública del Plan Territorial en Salud Programadas en el POA 2016. Municipio de El Roble – ESE Centro de Salud El Roble. Sucre

En los informes de auditoría se menciona la importancia de las auditorias de seguimiento para impulsar planes de mejoramiento continuo, tanto en el régimen subsidiado como contributivo. No obstante, estas evaluaciones suelen ser, a nivel técnico, muy apegadas a la norma y con ello arrastrando las limitaciones en pertinencia que esta podría presentar.

Cuadro 15. Resumen del estado de la implementación de la estrategia en los grupos territoriales entre 2008 y 2018

Dominio	Constructos Identificados N= 27	Estado de la implementación de la estrategia en los grupos territoriales entre 2008 y 2018	Calf
Entorno externo	Políticas externas e incentivos	Plan decenal de salud pública y el plan de intervenciones colectivas; políticas locales	
	Necesidades y recursos del paciente	Desconocimiento de la población; fallas en la calidad de la atención; Elementos de higiene inaccesibles; planeación de actividades en horarios incompatibles, Falta de coordinación con las instituciones y/o comunidad. Reformulación continua de programas y personal.	
Entorno interno	Clima de implementación:		
	· Clima de aprendizaje	Desconocimiento de la estrategia, contratación; capacitación, inducción y empalme, prelación.	
	· Objetivos y su retroalimentación	Mas que un objetivo se redacta la actividad que describen las normas, escasamente una línea base acompañada de metas indicadores y descripción de la implementación, en particular antes del 2013.	
	· Prioridad Relativa	Sí incluye en la mayoría de los documentos, aunque usualmente corto fragmentado y relegado.	
	· Tensión para el cambio	Las exigencias de los afiliados están generando presión en la forma de atención	
	· Compromiso del Liderazgo	Voluntad, contratación, falta de oportunidad en la toma de decisiones	
	· Recursos disponibles	Recursos económicos mínimos; Incumplimiento en requisitos de habilitación; sobrecarga laboral	
	Redes y comunicaciones	Fallas en la articulación intersectorial e interdisciplinaria. Fallas en la comunicación entre actores de SGSSS; entre el sector público y privado. AIEPI e IAMI favorecen el trabajo interdisciplinario, en los informes más recientes.	

Procesos	Planeación	Fallas en el reconocimiento del problema desarrollo de acciones para enfrentarlo descripción de su implementación y hallazgos en estructura proceso y resultado. La inclusión en POA no garantiza su ejecución oportuna, completa y de calidad. 36 proyectos en el DNP centrados en enfermedad. Fortalecer capacidades de planeación (priorización y asignación de recursos, gestión de la información)	
	Participación (de Líderes de implementación formalmente designados,	Presencia del sector farmacéutico; medios de comunicación; ONGs. La motivación, el conocimiento, la aceptación y participación comunitaria como factor de éxito. Falta de continuidad laboral; personal no idóneo, o poco capacitado;	
	Ejecución	Adopción de cambios normativos; educación en el ejercicio de derechos y deberes de los usuarios; acciones dirigidas a diferentes grupos poblacionales; diligenciamiento de la historia clínica y el consentimiento informado; cumplimiento de protocolos, guías de manejo y normas técnicas, resistencia del personal para su adherencia. actividades educativas realizadas principalmente por auxiliar con mínima capacitación y actualización, dificultades derivadas de abordar aspectos emocionales durante las intervenciones clínicas. Acciones por fuera del servicio de salud y áreas rurales, reconocimiento del contexto, dificultades en su cobertura en zonas rurales apartadas de los diferentes municipios.	
	Reflexión y evaluación	Destacadas limitaciones; secretarías clave en los procesos de reflexión y evaluación. Falta estandarización en la información a reportar; no se discriminan acciones realizadas, formas de ejecutar el presupuesto; acciones de mejora.	

Conclusiones de la calificación de los constructos en los grupos territoriales.

El estado de los constructos identificados varía de acuerdo con la categorización de los territorios, encontrándose mayor número de factores facilitadores en territorios en amarillo con respecto a los naranja y rojo. Se evidencia como barreras para todos los niveles los recursos disponibles, y como facilitadores la tensión para el cambio y las políticas e incentivos externos, aunque no sean ejecutadas de forma apropiada. A diferencia de las otras categorías en el grupo amarillo (Componente constante con algunas fallas normativas, pero con evidencia de acciones de mejora) al parecer se evidencia mayor compromiso del liderazgo, mejor comunicación y clima de aprendizaje entre los actores involucrados; los procesos en cuanto a planeación, ejecución, participación y reflexión también presentan mejores condiciones. El constructo necesidades y recursos del paciente evidencia fallas en tanto

la estrategia se implementa distante de las necesidades de la población objetivo. (ver Cuadro 11).

ANÁLISIS FUENTE ACTORES INVOLUCRADOS

5.5. OBJETIVO 2. Barreras y facilitadores descritos por actores clave en la implementación de las actividades de atención preventiva en salud bucal por niveles del sistema de salud colombiano.

En respuesta al objetivo 2, a partir de las entrevistas realizadas en diferentes niveles del sistema de salud (1 Ministerio de Salud, 1 referente de subred constituida por 5 ESEs, 1 a nivel de Entidad territorial distrital 1 nivel territorial departamental, 2 aseguradoras de régimen mixto, 1 IPS con presencia en 4 departamentos) y mediante análisis deductivo, se identificaron diferentes constructos que fueron calificados de acuerdo con su influencia, como predominantemente negativa (barrera), positiva (facilitador) o mixta en la implementación.

Dominio Características de la intervención.

En las entrevistas realizadas se dedujo contenido relacionado con la totalidad de constructos que conforman este dominio, de los cuales *costo, origen de la estrategia y percepción de fuerza y calidad de la evidencia* se evidencian para todos los niveles como una barrera para la implementación efectiva de la estrategia de atención preventiva en salud bucal; por su parte, la percepción de *ventaja relativa* fue, en general, positiva, aunque solo mencionada por las EPS y las ESE; finalmente, las percepciones de *adaptabilidad, complejidad y la calidad del diseño, y forma de entrega* presentan influencias mixtas.

Figura 20. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el Dominio Características de la intervención.



*(-) contenido que demuestra influencia negativa en la implementación o barrera; (+) influencia positiva en la implementación o facilitadores (+/-) influencia mixta. Rojo: Constructo en general con predominio negativo; Amarillo: constructo con influencia diferencial entre niveles; Verde: constructo en general con predominio positivo en los niveles

5.5.1 Dominio Características de la intervención, constructo Costo (barrera)

En cuanto al costo, los actores convergen en que es una barrera relevante en la implementación por diferentes causas. Por un lado, el Ministerio reconoce que los esfuerzos para el análisis de costos tienen una problemática que radica en que estos son definidos por la dinámica del mercado, tanto de los vendedores de insumos como de acuerdos contractuales entre las aseguradoras y los prestadores. Este costo, en muchas ocasiones, no puede ser soportado por las contribuciones al sistema de salud, pues un alto porcentaje de personas pertenecen al régimen subsidiado. La entidad territorial no está de acuerdo con la definición de tarifas basadas en el uso de los servicios de salud oral por ser datos cuestionables en su validez, afirma que es necesaria una mayor claridad en la definición de tarifas, mencionando la baja participación que han tenido para su estimación.

"Le decíamos a las EPS, ¿usted podría replantear en los procesos contractuales el costeo? ... eso nos limita muchas veces el proceso, porque los costos son terriblemente altos y esta entidad no te define a ti un tope de costo, no dice usted no puede cobrar más de tanto, si no lo que está al costo del mercado y es increíblemente fuerte".MSP000

Las aseguradoras, por su parte, consideran qué desde la UPC no se posee la capacidad financiera para soportar la implementación de la estrategia como se esperaría; esto se refleja también en comentarios de la ESE, quien aduce recibir pagos muy bajos para la realización de estas actividades, los cuales se compensan con una contratación deficiente de los profesionales, agregando bajas capacidades de negociación para mejorar los valores concertados en los contratos. La influencia negativa de este constructo en la remuneración de los profesionales es reconocida en todos los niveles entrevistados; sin embargo, las entidades de control no tienen suficiente conocimiento de los mecanismos de contratación entre las aseguradoras y los prestadores, esta misma situación ocurre en las aseguradoras en cuanto al desconocimiento en como contratan sus prestadores.

"tan es así que lo que van a hacer es ampliar las proyecciones de cumplimiento porque es que la UPC no alcanza, simplemente no alcanza, si a la UPC general, yo le cargo todas esas actividades que están pendientes de salud oral para poder llegar a la meta y con ello poder apretar el prestador la plata no le alcanza, no le alcanza, allí, o sea que ahí es donde viene el problema de la prioridad". EPS002

"acá la mayoría de las personas las tenemos por OPS y eso compensa el costo, entonces prácticamente que tú lo haces teniendo en cuenta, que si tienes un talento humano con menor ingreso ahí es donde puedes compensar, sino fuera por eso, fuera muy difícil". ESE001

"En Odontología sí, hay una gran falencia en el sistema de costos, si no conozco mis costos, ¿cómo cobro?" Entidad Territorial municipal 002

5.5.2 Dominio Características de la intervención, constructo Origen de la estrategia (barrera)

En cuanto a este constructo, los actores discuten la necesidad de mayor participación de los profesionales del área en el diseño de las políticas que definen la estrategia y en otros asuntos alrededor de la toma de decisiones. Esta baja participación, de acuerdo con los prestadores, conlleva a la percepción de que la estrategia no responde a las necesidades de las personas, es cuestionable su pertinencia y, en algunos aspectos, dificulta su puesta en marcha. Por su parte, el Ministerio reconoce esta baja participación, aunque comenta que se han hecho varios esfuerzos en convocatorias para impulsar la estrategia, pero los demás, los actores no han tenido las competencias y el involucramiento continuo necesario para aprovechar estos espacios, generando propuestas factibles y pertinentes para mejorarla al confrontar los retos de este componente en el sistema de salud.

"Creo que en odontología el asunto es más evidente debido a que ha faltado participación de profesionales de la salud del área de higiene bucal en la toma de decisiones y reglamentación impartidas en el Ministerio, es más sería bueno indagar en las mesas de trabajo del ministerio si realmente existe un odontólogo sentado en la mesa de trabajo, porque de hecho si todo lo que sale de la cabeza no contemplan muchas cosas de importancia y relevancia para esa parte de la promoción y prevención en salud, quiere decir que desde la misma mesa de trabajo de donde salen los lineamientos, podría no existir una representación de un profesional de la salud que se acuerde que esa parte existe, hay una necesidad de una política robusta". IPS001

5.5.3 Dominio Características de la intervención, constructo Percepción de fuerza y calidad de la evidencia (barrera)

Se constituye en una barrera identificada entre todos los actores entrevistados, reconociendo la necesidad urgente de mejorar en este aspecto y que los actores puedan involucrarse más como agentes activos y no solo como receptores pasivos de leyes. Esta consideración se basa en que hace falta evidencia del impacto de la estrategia desde su aparición en el 2000, la evidencia que soporta sus contenidos y los ajustes realizados en el tiempo. La entidad territorial, por ejemplo, plantea la falta de evidencia actualizada que soporte las acciones y la definición de los costos para la implementación de la estrategia de atención preventiva, ya que para este actor contar con una evidencia de calidad, le ayudaría a soportar un discurso que impulse a las aseguradoras al cumplimiento de la estrategia más allá de las imposiciones legislativas que suelen no ser muy efectivas, dada la flexibilidad que puede llegar a tener la interpretación de la norma. Por su parte, la aseguradora del régimen contributivo cuestiona el tipo de prevención que se realiza a través de esta estrategia, dado que muchas de las acciones realizadas, a su parecer, constituyen más que prevención primaria prevención secundaria.

"se trabajó, se discutió, aquí se convocó a diferentes actores y varios actores como la universidad da algunos aportes, nos dijeron ¿Ministerio y usted que está haciendo?, listo ¿dónde está la evidencia en odontología? Entonces cuando se empezó a citar a los expertos, no se pudo citar a odontología porque no había evidencia". MSP000

5.5.4 Dominio Características de la intervención, constructo Ventaja relativa (facilitador)

La percepción de ventaja relativa fue vista como un facilitador, pues se centra en la Resolución 412 y sus posteriores ajustes establecen un punto de partida que apunta a definir mejor las condiciones anteriores al 2000 de este componente en el sistema, no obstante, reconocen la necesidad de seguir mejorando.

Porque creo que a partir de ahí nos dio muchos parámetros para poder tener unos objetivos claros, tener unos lineamientos y sentar las bases para poder empezar a mejorar...(recientemente) abre muchos componentes donde las regiones y los aseguradores deben estar unidos que eso no estaba antes". EPS001

5.5.5 Dominio Características de la intervención, constructo Complejidad (mixto)

Dentro del constructo complejidad, las aseguradoras y los prestadores públicos y privados perciben la norma "*muy enredada y difícil*" y su forma de implementarla, sobre todo en cómo articular los intereses entre actores involucrados para hacer efectiva la estrategia, agregando que el entorno de servicio de salud intramural dificulta su ejecución debido a todas las acciones que deben ejecutarse durante la consulta, la garantía en la continuidad de los procedimientos y las capacidades que deben tener los profesionales para ello. Mencionan, además, la dificultad para llevar a cabo procesos efectivos de demanda inducida y los mecanismos para ejecutar la verificación y control. Se reconoce la importancia en los avances del sistema de información; no obstante, su uso en la práctica se percibe complejo. En cuanto a los aspectos positivos, el Ministerio y las aseguradoras resaltan como un facilitador la poca variación que ha tenido la estrategia en sus características estructurales y la sencillez en la realización de las actividades propuestas. Para la entidad territorial es complejo el trabajo en equipo, la vinculación de otros sectores o disciplinas, la planeación de estas actividades en entornos extramurales (en particular en territorios remotos) y el desarrollo de acciones en espacios como la escuela debido a las condiciones de infraestructura, el acceso al consentimiento informado de los padres y la coherencia y actualización entre la base de datos de afiliados y los niños en las instituciones.

"Tratar de mejorar coberturas, que la EAPB induzca la demanda no ha sido fácil" ... "También he escuchado esa queja de los colegios, más que todo son actividades del PIC que han saturado los colegios distritales, llegan los diferentes grupos del PIC, con sus diferentes estrategias entonces los colegios tienen que abrir espacios para hacer eso y ha generado bastantes diferencias eso, ¡Difícil!, porque ¿cómo más vamos a

atender a los niños? Ya se ha probado de todo desde inducir a la demanda, se canalizan desde los diferentes espacios, desde el PIC, en las viviendas, en las familias, en los colegios, se canalizan esos niños a su IPS prestadora y hay una queja de las EPS que casi un 20 por ciento de esos niños inasisten” Entidad territorial Municipal002

5.5.6 Dominio Características de la intervención, constructo Adaptabilidad (mixto)

De manera general, dentro del constructo encontramos que las disposiciones normativas que definen la estrategia son vistas por los actores como adaptables o flexibles, mencionando la necesidad de trabajarla para hacerla más operativa; no obstante, esa flexibilidad es vista de forma diferente entre cada nivel, considerándose a nivel del Ministerio y de las aseguradoras cómo una fortaleza, como un lineamiento base para que los participantes en la implementación desarrollen formas de ejecución que respondan a las necesidades del contexto y las personas. En las aseguradoras, se identifica, pese a mencionar que es flexible, una inclinación hacia su comprensión de forma estricta. Por otro lado, la entidad territorial y las instituciones prestadoras consideran que esta flexibilidad promueve diferentes interpretaciones entre los actores involucrados, favoreciendo intereses que pueden llegar a entorpecer el cumplimiento en la implementación y la vigilancia por parte de los entes de control.

“ Lo que pasa es que el Ministerio también es muy laxo frente a sus resoluciones, inicialmente habló de cobertura del 100 por ciento a tres años, osea, al año 2023 con intervenciones de 3280 en salud bucal debería haber un cubrimiento del 100 por ciento y creo que se bajó bastante en esa progresividad, empezando con un 30 por ciento y ahora la progresividad está un 2 por ciento cada año para lograr coberturas del 50 por ciento en la valoración en las coberturas de primera vez, con lo que tendríamos que esperar más o menos unos 20 años para tener unas coberturas útiles, y si las EPS se van a pegar de lo que dice la norma entonces no van a ser mayores esfuerzos...” Entidad Territorial Municipal 002.

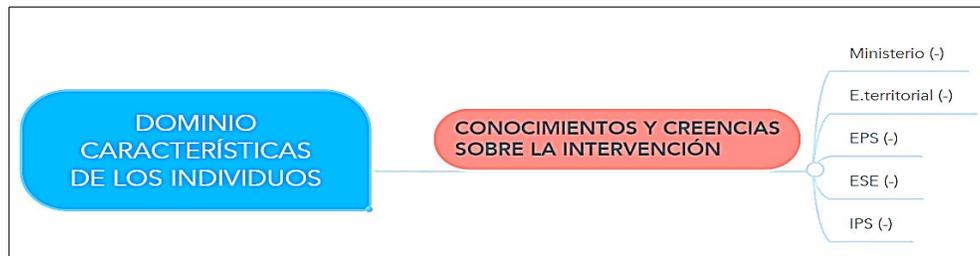
entonces voy y verificó que la EPS me esté cumpliendo, pero como existe una interpretación propia de Norma, el ente de control se flexibiliza con la aplicabilidad de la legislación dada en la norma...IPS 001

Dominio Características de los individuos

5.5.7 Dominio Características de los individuos, constructo Conocimientos y creencias sobre la intervención (barrera)

Dentro de este dominio se identificó contenido para el constructo conocimientos y creencias sobre la intervención con una influencia predominantemente negativa entre todos los niveles entrevistados.

Figura 21. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Características de los individuos



Como parte de los conocimientos y creencias se incorporaron las percepciones relacionadas al constructo Percepción de autoeficacia, Etapa individual en la implementación y la Identificación individual en el sistema. Desde la autoeficacia se identifica para todos los niveles la creencia de que la implementación de la estrategia es difícil, que no se entienden algunas disposiciones, se percibe desmotivación y la necesidad de más herramientas que faciliten su ejecución, no saben cómo participar en los procesos de cambio y toma de decisiones. Por su parte en cuanto a la identificación individual en el sistema se consideran personal poco importantes dentro del sistema de salud. De igual forma desde la etapa individual de implementación, se entiende que es necesaria la estrategia y su implementación apropiada, pero no consiguen superar las barreras que identifican en su práctica para el logro de coberturas y resultados en salud.

A nivel del Ministerio se indica que los profesionales egresados poseen condiciones adquiridas en su formación que están impidiendo la implementación y su mejoramiento continuo, plantea que el profesional ha cedido su ética, olvidando que es la persona responsable al interior del consultorio y que el eje de su intervención debe centrarse en la persona y no en su necesidad económica. Considera también que los referentes de las IPS no han tenido la capacidad de hacer negociaciones que no pongan en la calidad de la atención y ceder al ejercicio de poder de algunas entidades; menciona que existe desconocimiento por parte de la

población general en cuanto a los derechos adquiridos a nivel normativo para la atención preventiva en salud bucal.

La desactualización científica entre los odontólogos facilita la persistencia de fallas, la confusión de conceptos y el incumplimiento de los roles en la implementación al interior del sistema. Agrega que el proceso de implementación se ve afectado por la pérdida que ha tenido la profesión odontológica en cuanto a su verdadero propósito, considerando que se ha afianzado a nivel social una visión centrada en el diente, estética rehabilitadora e invasiva, incluso se llega a considerar teniendo en cuenta los resultados que el ENSAB IV, que es el odontólogo un factor de riesgo para la persistencia de la enfermedad bucal, sugiriendo un alto nivel de iatrogenia en la práctica. Finaliza aduciendo que la estrategia se definió y se consideró su implementación basada en un principio de buena fe por parte de los actores responsables; sin embargo, los mismos utilizaron sus potenciales áreas débiles para ejecutarla de una forma tergiversada. Para el Ministerio, al igual que para la entidad territorial, se desconoce la forma de hacer operativa la implementación basada en determinantes sociales.

"Total, por eso cambiamos eso en los últimos años. Con 412 eso fue un problema, pero perdón una parte del principio de buena fe, se dijo queremos aumentar las coberturas en las personas, pero interpretaron "pongámosle el mismo barniz al mismo muchachito", perdón así no nos lo habíamos pensado". MSP000

"para mí un 90% hoy de lo que hace el odontólogo es iatrogenia, entonces el odontólogo es un factor de riesgo, eso lo dice el ENSAB es público, entre más llegan a los servicios de salud, pero les va, ¿y eso es mío? Si en las normas les decimos haga prevención haga prevención haga prevención... dejar de pararse en el procedimiento para pararse en la persona tiene un chip diferente". MSP000

La entidad territorial menciona el desconocimiento en la magnitud de los errores que presenta la estrategia desde su sistema de información y que, a su vez, falta capacitación en el uso correcto y en la evaluación de los datos que genera el sistema de información para guiar la implementación; agrega, del mismo modo, la necesidad de identificar mejores estrategias de promoción prevención y de divulgación que trasciendan las acciones de protección individual. Por este motivo, este actor considera que es una tarea difícil pero importante, ya que da cuenta cómo persuadir a las aseguradoras en cuanto a la importancia de la estrategia, de no interpretar la norma de forma estricta y de realizar la demanda inducida. Se considera prácticamente imposible ajustar el CIE 10 a las necesidades de reporte en la estrategia.

No son actividades para cumplir las cuatro estrategias del modelo... Si la EPS no se pone en los zapatos de que hay que fortalecer la promoción y la prevención en el mediano tiempo el costo en salud bucal va a ser demasiado grande... ¿cómo se promociona la salud?, de pronto también hay un desgaste de los niños en estos colegios, de pronto la estrategia no sea, no digo que no sea la prevención, pero hay que buscar más estrategias de promoción, de divulgación, de que les llegue más información a los padres de familia, a los niños, de fortalecer competencias de los profesores, de los cuidadores...depronto tenemos que ser un poco más resolutivos con algunas cosas que se pueden hacer desde el hogar... Se ha insistido mucho acá, por ejemplo, que desde las EPS se haga más promoción de la salud bucal...yo creo que es más enfocarse a la promoción que en la aplicación de medidas protectoras o medidas de prevención en salud oral individuales. ET002

En línea con las consideraciones hechas por el Ministerio, las aseguradoras también soportan la mayoría de las fallas en la implementación en las bajas capacidades de los profesionales en odontología, los cuales, al no actualizarse en la norma y en sus conocimientos científico-técnicos, bloquean el acceso de las personas a la atención, restándole también importancia a la realización de actividades preventivas dentro de su práctica clínica. Se menciona que

a criterio del profesional que eso acá es peligroso, y eso lo hablábamos ayer en la reunión, existe desafortunadamente el personaje que como vio que la frecuencia atención de consulta en salud oral para la población mayor de 26 años es una vez cada dos años, entonces le restringe el acceso al paciente porque solamente puede venir cada dos años

No es claro desde los referentes de las aseguradoras qué son y cómo ejecutar acciones colectivas, centrándose en que su objetivo es cumplir los parámetros de la resolución 412 de forma "literal". Consideran que las entidades territoriales son las responsables de llevar a cabo acciones colectivas y perciben que estas entidades no acompañan los procesos que se realizan, lo cual lleva a depender mucho de aspectos políticos y, del mismo modo, da lugar a la inflexibilidad en la implementación. Desde la EPS contributiva, se cree que el tipo de contratación sí puede afectar la calidad de la atención, pero considera que no es fácil involucrarse en los procesos contractuales de los prestadores; al igual que la entidad territorial, se considera que la atención preventiva en salud bucal tiende a ser desplazada por no relacionarse con causas de muerte y por ser, aparentemente, de alto costo.

pues desde lo poquito que podemos hacer en salud oral, porque sé que somos un microbio dentro de nuestra entidad, esto es una cosita así mínima...no somos importantes, no somos importantes

Digamos que una parte, obviamente se relaciona y aunque no intervenimos directamente, sí debemos por lo menos velar o que se sientan observados en el tipo de contratación que tienen con el odontólogo, porque tiene que haber una contratación digna y tiene que haber unas condiciones dignas de trabajo

La EPS también considera que se debe delegar las funciones de salud bucal a IPS especializadas en este componente para que su ejecución no entre en conflicto con otras prioridades al interior de los prestadores; finalmente, menciona que la población colombiana desconoce o no les da importancia a las actividades preventivas en salud bucal, en particular las acciones educativas.

Creo que se debe encargar de la gestión otra empresa, o sencillamente que el modelo sea diferente y sea por resultado. Es que no me parece creíble que al hospital local que se alimenta de prestar servicios de hospitalización, urgencias, quirófanos, consultas, le des el tema de promoción y prevención o gestión de riesgo no tiene sentido porque ¿qué le va a interesar a él? quiere vender servicios él es una empresa. EPS001 cuando son IPS grandes que prestan todos los servicios de atención primaria pues odontología termina siendo un servicio más. EPS002

Por otro lado, para las Empresas Sociales del Estado, su función se reduce al cumplimiento de metas de productividad y se cree que las posibilidades para cumplir e innovar en este componente se han ido reduciendo en la práctica, pues, pese a los avances en la norma, el presupuesto es cada vez más reducido y los tiempos condicionados de consulta, según este actor no permiten la realización óptima de las acciones exigidas en la estrategia; igualmente, desde las ESE se considera que el tipo de contratación, la cual podría ser un aspecto relevante a la calidad de vida de los profesionales, ocasione una afectación significativa en su labor, la cual vinculan a una vocación de servicio y a un entrenamiento profesional, desde la formación académica, permita el cumplimiento de productos que faciliten esta dinámica laboral; no obstante, se menciona que la principal causa de quejas de los pacientes se vincula a la deshumanización y a dudas en cuanto a la pertinencia de las actividades y la forma en como estas se realizan.

Se identificó, por parte de este actor, la confusión de las actividades incluidas en la estrategia y las metas mínimas propuestas por el

Ministerio, restringiendo, en ocasiones, el acceso de las personas a acciones de protección específica, por ejemplo, en intervalos de edad diferentes a los mencionados en la estrategia. Por su parte, la IPS cree que los recursos dirigidos a este componente quedan rezagados y pasan a ser parte de otros planes a causa del desconocimiento en la interpretación de los perfiles epidemiológicos y a aspectos programáticos que incorporan la atención preventiva en salud bucal; también plantea como barrera la creencia de las bajas o ausentes sanciones que acarrea el incumplimiento de este componente.

Al igual que los demás actores, el prestador considera que existe desconocimiento y malas interpretaciones de algunos aspectos de la norma, como es el caso del tiempo de atención, los cuales afectan la prestación del servicio. Finalmente, menciona que algunos lineamientos de habilitación no responden o dificultan la ejecución de acciones preventivas a nivel extramural, teniendo en cuenta el bajo presupuesto que se maneja en este componente.

Dominio Entorno externo

Dentro del dominio entorno externo, identificamos dos constructos: cosmopolitismo y necesidades y recursos del paciente con una influencia predominantemente negativa, y el constructo políticas externas e incentivos con influencia mixta.

Figura 22. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Entorno externo



5.5.8 Dominio Entorno externo, constructo Cosmopolitismo (barrera)

Todos los niveles convergen en que las agremiaciones, colegios y demás actores relacionados en el sector, los cuales pueden tener una influencia directa o indirecta como colectivo en la implementación, se encuentran fragmentados y desconocen la legislación que define de manera integral la atención preventiva en salud bucal y, con ello, sus roles en la implementación efectiva de la estrategia. También se comenta que a nivel de estas organizaciones se realizan interpretaciones variadas de la norma, que dificultan los acuerdos y desfavorecen los objetivos centrales que se buscan en la estrategia. Se caracterizan como débiles las relaciones entre el gremio y los actores involucrados en la implementación, centrando sus encuentros en una lucha de posturas que, usualmente, no cuentan con evidencia que las soporten.

Las decisiones al interior de estas agremiaciones o entre espacios de socialización entre diferentes actores suelen no retroalimentarse a los demás participantes de la implementación y sus resultados poco se reflejan en avances operativos; de igual manera, se desconoce el impacto de su gestión y, desde la entidad territorial, se insta a mejorar las capacidades de convocatoria entre los colectivos afines al sector. Entre aseguradoras existen espacios de socialización, pero no son relevantes al componente de atención preventiva, tampoco existe un calendario oficial y se limita más a asuntos contractuales o de referencia y contra referencia. La comunicación entre actores se da, principalmente, a través de gerentes y directivos con mínima o nula retroalimentación a los profesionales de campo.

En ese sentido, las redes de comunicación se hacen cada vez más complejas, ya que las aseguradoras tienen un mayor número de prestadores y territorios a su cargo. Motivo por el cual, las relaciones que den cuenta de mejoras en la implementación de la estrategia entre aseguradoras y entidades territoriales son prácticamente ausentes. La ESE considera que se necesita un ente que tenga la tarea de realizar convocatorias efectivas y la generación de espacios apropiados de interacción para la comunicación de experiencias en la implementación.

5.5.9 Dominio Entorno externo constructo Necesidades y recursos del paciente (barrera)

En cuanto a este constructo, aunque el Ministerio destaca que la estrategia, en su definición normativa, pretende afianzar las acciones preventivas en salud bucal en el marco del sistema de salud, se concluye,

entre todos los niveles, que estas intenciones no se reflejan en la práctica, dando lugar a un escenario en que todos los actores se culpabilizan unos a otros en cuanto a las limitaciones en la implementación para responder a las necesidades y recursos con los que cuenta la población objetivo. Por ejemplo, a nivel del Ministerio se considera que son los actores que están cerca a la población los que reconocen sus necesidades y deberían utilizar el potencial de la estrategia para ajustarse a ellas; sin embargo, plantea que se tiende a tergiversar la interpretación de la norma, favoreciendo intereses que no están centrados en la salud de las personas.

Por su parte, la entidad territorial considera que las aseguradoras se limitan a atender la población que acude de manera espontánea a los servicios y centra su trabajo en metas de rendimiento y el apego estricto a la norma que promueve el trabajo mínimo y dificulta las iniciativas que puedan surgir para mejorar la calidad en la implementación. Agrega, además, qué poco es lo que se puede obtener con la estrategia si no se comprende cómo abordar determinantes sociales desde la odontología. Las aseguradoras, por otro lado, mencionan la responsabilidad que tiene el prestador en las fallas que se han identificado en la implementación, las cuales están relacionadas con los incentivos internos y con la dilatación de actividades que son prerequisite para acceder a otro tipo de atenciones, lo cual da lugar a la acumulación de quejas por parte de los pacientes y a la promoción de la persistencia de la enfermedad. De acuerdo con los prestadores, la fragmentación de las historias clínicas impide evaluar la continuidad y efectividad de la estrategia en los pacientes.

En general, se considera "*que algo no se está realizando bien*", se identifican situaciones determinantes que trascienden lo que puede alcanzarse en prevención desde lo individual y, a nivel del consultorio, existe la necesidad de mejores directrices para implementar la estrategia, que éstas sean comprensibles por personal no odontólogo y que la retroalimentación de las acciones realizadas permita entender e identificar áreas de mejoramiento. Al parecer, los usuarios ven favorecido una mejor calidad en el servicio cuando pueden acceder a información comprensible y suficiente que les permita identificar sus derechos de atención, y calificar y reconocer el desempeño de prestadores, aseguradores y organismos de control. En ese sentido, el desconocimiento de los derechos por parte de la población es más evidente en grupos vulnerables, los cuales son los que más necesitan y suelen ser los que menos exigen.

5.5.10 Dominio Entorno externo constructo Políticas e incentivos externos (mixto)

De manera general, entre los niveles se menciona que el componente de atención preventiva en salud bucal se ha procurado mantener desde el comienzo del sistema y en todas las iniciativas de política en salud con una oferta amplia de servicios que incluyen los componentes de la estrategia y otros que contribuyen a su ejecución; no obstante, de acuerdo al Ministerio, durante los primeros años de la implementación de la estrategia, aún el sistema se concentraba en aumentar coberturas con la finalidad de garantizar mayor acceso desde la afiliación y así mejorar su financiación; sin embargo, eso no mejoró el acceso efectivo que se esperaba. Alrededor de la estrategia se han diseñado otras políticas para promover el desarrollo de capacidades en el talento humano y la definición de los perfiles del auxiliar en salud, también se considera que se ha trabajado para mejorar los estándares de habilitación de las instituciones prestadoras y los procesos de auditoría, los cuales habían subestimado aspectos operativos en el tema odontológico.

Para la entidad territorial, los ajustes que se han venido realizando, posteriores a la resolución 412, han apuntado a una mayor integración entre los actores involucrados, pues políticas como el plan decenal de salud pública también han aportado a la definición de acciones para promover la implementación de la estrategia; sin embargo, se comenta que estas actividades afianzan de manera ambigua un abordaje que se caracteriza por su fragmentación y enfoque centrado en la enfermedad dental, con indicadores que miden rendimiento más que la forma de implementación y su impacto en la salud de las personas. También afirma que se necesitan políticas para proteger al recurso humano y definición de mecanismos más favorables de contratación; se requieren políticas que incentiven mayores capacidades locales para el diseño de iniciativas políticas que promuevan la estrategia en los territorios y existe preocupación en cuanto a los cambios continuos en las proyecciones de cumplimiento, pues éstas dificultan el logro de coberturas útiles y la exigencia a aseguradores y prestadores.

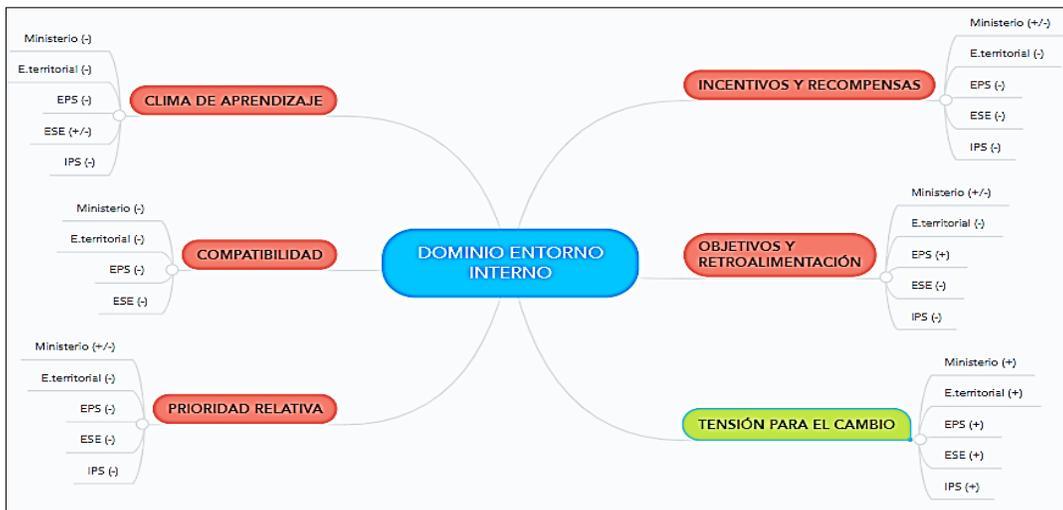
Las aseguradoras mencionan que el componente preventivo de salud bucal se encuentra fragmentado entre políticas e instrumentos operativos, como por ejemplo en las guías para la atención de crecimiento y desarrollo en el menor. Agrega que percibe confusión entre las disposiciones normativas para fortalecer esta estrategia, tal como las indicaciones mencionadas desde la iniciativa Soy generación sonriente y los lineamientos descritos de las actividades para aplicación de flúor.

Para los prestadores públicos y privados también debe evaluarse las políticas de contratación en salud y la necesidad de coordinar las actividades obligatorias de la estrategia con los reportes obligatorios exigidos por los entes de control. Consideran que hace falta mejorar las políticas para la habilitación que inciden en la implementación. Se menciona la necesidad de revisar algunas normas con respecto a las necesidades de atención en odontología, como por ejemplo, los lineamientos en seguridad del paciente y las jornadas extramurales de atención preventiva. Por otro lado, pese a que estrategias como AIEPI involucran en este componente los registros, para éste sólo se centran en actividades de enfermería y se insiste en que el modelo de contratación como el pago global prospectivo no favorecen la implementación de la estrategia.

Dominio Entorno interno

En el dominio entorno interno que se relaciona con la forma como se implementa la estrategia al interior de las organizaciones se identificaron barreras percibidas a nivel del clima de aprendizaje, compatibilidad, prioridad relativa, objetivos y retroalimentación e incentivos y recompensas. La tensión para el cambio parece ser un facilitador de acuerdo con los actores entrevistados

Figura 23. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Entorno interno



También se identificaron barreras a nivel del constructo preparación para la implementación en los subconstructos compromiso del liderazgo y recursos disponibles.

Figura 24. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Entorno interno, subconstructos Preparación para la implementación



5.5.11 Dominio Entorno interno constructo Clima de aprendizaje (barrera)

De acuerdo con las entrevistas, los actores consideran que es necesario mejorar el clima de aprendizaje, incrementando capacidades y motivación entre los actores involucrados para generar espacios efectivos de aprendizaje que resulten en el desarrollo de iniciativas concretas para la implementación sostenida y efectiva de la estrategia. El Ministerio considera que los desarrollos políticos alrededor de la estrategia apuntan a favorecer este clima, tales como los estándares de habilitación, las asistencias técnicas, las jornadas de capacitación, los estándares de acreditación, entre otros. El clima de aprendizaje también se ve favorecido con los perfiles de los profesionales egresados con una inclinación evidente hacia la prevención. La entidad territorial y las aseguradoras mencionan la importancia del liderazgo basado en una motivación personal para incidir en el clima de aprendizaje al interior de sus instituciones, evidenciándose en su participación, desarrollo de estrategias, mesas de trabajo, programación de capacitaciones y asistencias técnicas, y movilización de voluntades en los tomadores de decisiones al interior de las instituciones para visibilizar la estrategia.

también depende el tipo de contratación, que en eso nosotros no interferimos, pues porque nosotros contratamos con la IPS, ya como contrate la IPS con el profesional entonces acá se ve de todo, estaba el que tiene su salario normal , el que tiene un salario fijo y otro variable dependiendo de lo que venda, al que le pagan por tratamiento terminado, al que le pagan por procedimiento realizado, el que le pagan por paciente atendido. EPS002

Existe un reconocimiento entre los actores en cuanto a los bajos estímulos a la investigación en este ámbito y al potencial que el tipo de contrato y sobrecarga laboral tiene sobre el clima de aprendizaje. Este aspecto pareciera no tener un responsable en particular, por lo que unos

consideran que son otros los que deben garantizar una contratación digna a los participantes en la implementación. Finalmente, la IPS menciona que el clima de aprendizaje puede verse afectado por la omisión del componente dentro de las jornadas de capacitación y asistencia técnica por parte de los organismos de control y otros responsables.

Creo que investigaciones en determinado período de tiempo hubiesen permitido corregir la rigurosidad de la implementación de la resolución. De esa manera podíamos haber tenido más. ET001

Hay un talento humano desmotivado y poco capacitado. De hecho, dentro de los planes de formación de promoción y entrenamiento en salud dictados incluso por las mismas secretarías de salud, uno escucha mucha más reproducción sexual, planificación familiar, control de vectores, pero se escucha muy poco también salud oral...en algunas ocasiones las asistencias técnicas son realizadas de manera general en cuanto a promoción y prevención en salud y se toca de manera general todos los ejes temáticos, pero no se hace un enfoque específico a la parte de la higiene bucal, aprendizaje que lo que no se vigila controla y sanciona en muchos casos no se ejecuta simplemente se cumplen los requisitos mínimos establecidos en normatividad. IPS001

5.5.12 Dominio Entorno interno constructo Incentivos y recompensas (barrera)

Este es otro factor con una influencia predominantemente negativa. Se identifica a nivel del Ministerio la percepción de que los participantes en la implementación, más cercanos a la población objetivo, han centrado la mirada en intereses económicos, considerando que el problema es ético y que su resolución no puede desarrollarse exclusivamente a través de sanciones. La entidad territorial, así como la aseguradora y los prestadores, convergen en que la forma de contratación confronta las intenciones en salud de la estrategia con la obtención de utilidades económicas, por lo cual la implementación apuntará a la promoción de indicadores de cuantificación, la minimización del gasto, la reducción de la demanda inducida, la precarización en la contratación de los profesionales y, como un aspecto delicado, el sub o sobretratamiento de los pacientes. La entidad territorial menciona que la norma incentiva el mantenimiento de bajas coberturas y que la labor de la EPS es clave para estimular a los prestadores, promoviendo mejores formas de contratación a los profesionales, los cuales deben tener pagos oportunos y adecuados.

Incentive a su talento humano para que este comprometido con la prevención, con el control y seguimiento al paciente sano...El mismo

sistema, si la EPS contrata una IPS, y le va a pagar muy por debajo de la UPC por persona, pues el dueño de la IPS lo que menos quiere es que le llegue gente porque se va a ver reflejado en su utilidad, eso es perverso.ET002

Las aseguradoras mencionan que el bajo presupuesto impulsa la búsqueda de prestadores con la mejor oferta de precios, poniendo en juego la calidad en la atención. La EPS contributiva reconoce que el incumplimiento en los pagos a prestadores incentivan fallas en la implementación, agregando que una contratación continuada con ellos les permite ver los resultados de la estrategia en las personas y en ganancias económicas para sus instituciones; de acuerdo a las aseguradoras, la motivación para la implementación por parte de la IPS es sensible a la cercanía con el referente de la EPS, pues una aseguradora centralizada, al parecer, presenta dificultades para monitorizar e incentivar de manera más cercana y constante a sus prestadores. El desconocimiento de lo ejecutado, de los logros y fallas en la implementación a través de sistemas efectivos de información y mecanismos de retroalimentación dificultan la materialización de incentivos y recompensas.

No lo sé si se trata de sanciones, ¿será que tenemos que cambiar a punta de sanciones?, Hay un problema entonces de ética, porque estamos acostumbrados como país a que la ley es burla. MSP000

depende del tipo de contratación, que en eso nosotros no interferimos, pues porque nosotros contratamos con la IPS, ya ¿cómo contrate la IPS con el profesional?...Entonces está en juego la parte ética, la parte del ingreso, la parte de lo que se va a ganar el odontólogo, entonces ahí también ya hay un dilema...al que le pagan por evento le ponen sellantes hasta a las prótesis totales, ese es el riesgo, entonces ahí viene la ética. EPS002

Nosotros desde acá hemos hecho un trabajo chévere todos articulados para que sepan que ese día también hay salud oral. Entonces eso ha sido a una forma que nos ha hecho más visibles, cada vez somos más visibles, pero es un trabajo difícil, nos toca con puño y patada decir "Oiga, yo estoy acá ", yo soy la más metida porque a mí no me van a llamar, ¿pero yo medio oigo y digo venga salud bucal cómo va?, es que toca así, si tú esperas a que te llamen, nadie te va a llamar. EPS002

La EPS subsidiada considera que deben existir claros incentivos económicos y no económicos para llevar a cabo estas acciones. Por su parte, la ESE plantea que la contratación realizada se sujeta de forma estricta a la norma, generando un campo de fuerza que incentiva la

ejecución de acciones mínimas. La interpretación descontextualizada de la norma y el diseño de pautas contractuales con una lógica económica y de productividad, incentiva la ejecución y bloqueo en el acceso a los procedimientos de forma irracional, discutiendo con la evidencia clínica del ejercicio profesional y aspectos éticos básicos. La IPS concluye que los incentivos más importantes se vinculan a los reportes de obligatorio cumplimiento, las sanciones y la percepción de su gravedad, el conocimiento y sensibilización por parte de los auditores, las prioridades de los tomadores de decisiones en la institución y el tipo de contratación. Mecanismos como las encuestas de satisfacción y la necesidad sentida por parte de los usuarios impulsa la implementación.

acá tú tienes unos tiempos muy, muy centrados y estamos midiendo producción... Desafortunadamente, hay algo que a nosotros nos mide mucho es la parte contractual, entonces tú sabes que todo son recursos pues corres con el riesgo de que si tu facturas eso, pues las EPS nos lo glosa y no nos lo paga... estamos muy limitados a un presupuesto, limitados a unas acciones, limitados a una resolución, sólo podemos hacer tales actividades, solo podemos atender el paciente, o sea, si el paciente vino y usted le hace un control de placa ahorita, pero el vuelve tres meses, pues no le puedes hacer el control de placa porque te lo pagan hasta dentro de 6 meses porque así salió la resolución. ESE001

si la EPS contrata una IPS, y le va a pagar muy por debajo de la UPC por persona, pues el dueño de la IPS lo que menos quiere es que le llegue gente porque se va a ver reflejado en su utilidad, eso es perverso. ET002

Otro problema actual que existe es el modelo de contratación el PGP, si miramos ese modelo de contratación desde la parte de la higiene bucal, yo tengo unos recursos destinados para atender una población objeto donde me conviene que la población no asista para que mis recursos alcancen, entonces mi demanda inducida cada vez va ser menor, entonces a mí me interesaría que financieramente yo cuente con recursos para cubrir algún tipo de servicios que si son sancionados y podría estar dejando de lado aquellos que no son tan visibles o que no cuentan con una marcación estricta por parte de los entes de control. Entonces el modelo de contratación en estos momentos también de manera indirecta influye también en que las IPS hagan o no demanda inducida y más si el año se está acabando y cuento con pocos recursos y mi población objeto es alta, entonces también influye esa demanda inducida se ha de variar. IPS001

5.5.13 Dominio Entorno interno constructo objetivos y retroalimentación (barrera)

Con respecto a los objetivos y retroalimentación, las aseguradoras perciben los objetivos iniciales trazados en la estrategia como un punto de partida que estimuló la prevención en salud bucal al interior del sistema de salud. No obstante, según este nivel, la programación de objetivos es compleja cuando los documentos normativos presentan diferencias, por ejemplo, en metas específicas o cuando se presentan múltiples documentos o cambios normativos sin el tiempo suficiente para generar las condiciones que permitan la implementación de estos. Por su parte, la entidad territorial considera que la estrategia puede llegar a forzar el cumplimiento de determinados indicadores que, a su vez, pueden convertirse en un riesgo para la salud de las personas, tal es el caso de promover metas en aplicaciones de flúor. Agrega la necesidad de fortalecer objetivos que den cuenta de la continuidad en la atención.

Cuando se revisan los lineamientos de las actividades ex- ante para aplicación de flúor, ahí dice primero que es de 5 a 17 años, osea mal , mal, porque entonces "Soy Generación Sonriente" botada a la basura porque el enfoque de "Soy Generación Sonriente" es desde el primer año... también es un tema del sistema de información y de la desarticulación de las normas, porque sacan 4505, sacan estrategia "Soy generación más sonriente", sacan 3280 y todo cambió en frecuencias, en edades, en códigos y todavía nos siguen viendo por 412, entonces, ¿qué pasa? osea, ¿qué pasa?, sí legislan para una cosa, pues actualice EPS002

Los referentes de la ESE e IPS comentan que sus objetivos se centran en unas metas de cumplimiento trazadas a nivel contractual y que, pese a que se puede observar, en ocasiones, la reducción o incremento de personas enfermas, esto no se reporta formalmente ni se retroalimenta, dado que sus reportes se limitan a lo exigido por norma.

a pesar de tener un componente bastante alto que contemplan la parte de higiene bucal en las campañas de salud, nos vamos mucho más por la parte de medicina general y se deja muy descuidada la parte de higiene bucal... Entonces realmente el tema en todos los niveles del sistema, las metas son de cobertura, nosotros ahora mismo en reporte, no se reportó Impacto, tampoco continuidad, todos los datos son de cumplimiento de metas. IPS001

5.5.14 Dominio Entorno interno constructo Compatibilidad (barrera)

El Ministerio considera que la compatibilidad percibida se relaciona con las competencias de los implementadores de la estrategia para interpretarla y planificarla, entendiendo el contexto, utilizando de la mejor manera los recursos disponibles y centrando el enfoque en el beneficio de las personas. Este nivel plantea que la estrategia y sus posteriores ajustes han apuntado hacia un enfoque integral, el cual se hace difícil en el marco de un modelo esencialmente fragmentado, donde sus líderes poseen una actitud desinformada y en el que se realizan las acciones de acuerdo con la encargada de turno. Este aspecto trasciende los alcances en sus funciones, para lo cual se necesita un impulso colectivo entre todos los involucrados, incluyendo a la academia, la cual debe partir de una forma distinta de formación.

uno de los elementos de la atención primaria es la coordinación, puede que cada uno esté en su cajoncito listo, hay fragmentación... Hay un proceso también de profesionales en formación y de concientización que está impidiendo y que también están generando esa talanquera, necesitamos ver cómo se rompe y cómo se mejoran esa relación de entendimiento para poderlo hacer... Cuando yo hago prevención, para quién es el impacto financiero, ¿para quién es? Es para las personas, pero el profesional dice no, el impacto financiero es para mí, no para las personas. MSP000

La entidad territorial y la ESE, por su parte, percibe que la forma como se planifica y ejecuta la estrategia a nivel extramural discute con la dinámica de entornos escolares y comunitarios. Finalmente, para la ESE, el sistema de información actual es incompatible con las necesidades de registro de la estrategia, y considera que las actividades a realizar no son compatibles con los tiempos de consulta que se han acordado al interior de las instituciones. De acuerdo con la IPS, la retroalimentación de los objetivos se entorpece ante la ausencia de un registro único de los pacientes

"ICDAS no está en CIE10, entonces para CIE10 es K021 todo, si es microcavidad, si es cavidad, entonces ahí sí tenemos una falencia grande y en CUPS igual, por ejemplo, nosotros no tenemos paciente controlado en odontología, de hecho, con el que nosotros hacemos la valoración estamos es manejando un "Z" que es examen odontológico. Eso hace que ni con CUPS ni con el diagnóstico yo pienso que por eso es que no se ha podido armonizar, y es lo que yo les oigo a los ingenieros se va mucha información, como hay mallas validadoras, entonces al pasar de pronto toda esa validación se pierde, pensaría yo que es lo que está pasando en la diferencia de reportes". ESE001

5.5.15 Dominio Entorno interno constructo Prioridad relativa (barrera)

El constructo presentó una influencia predominantemente negativa entre todos los niveles entrevistados, pues se considera que no es el tema protagonista en temas gruesos de la salud sin embargo, siempre se ha intentado mantener dentro de las políticas del sector y se resalta su importancia de manera continua para el logro de la salud integral. Concuerdan en que la prioridad se ha visto afectada por la presunción de gravedad de la enfermedad bucal, la percepción de que las acciones preventivas en salud bucal no se relacionan con causas de mortalidad, que las sanciones por su incumplimiento no son graves y que responder con coberturas útiles no genera grandes impactos en salud, pero sí conlleva altos costos y con ello una gran parte de la unidad por capitación. Se plantea que los actores involucrados no han tenido las capacidades para sensibilizar a los demás actores, incluyendo la población objetivo, frente a la importancia en la implementación de la estrategia, lo que genera el incremento, de esta forma, de la priorización de este componente dentro de los servicios de salud y en las iniciativas que surgen desde las direcciones territoriales. Se considera que el seguimiento estricto podría constituirse en un incentivo positivo que promueva su priorización.

Esa es desafortunadamente la mirada, de caries no se muere la gente, no es una prioridad, genera altos costos, muchos salubristas dicen que la salud bucal se lleva gran parte de la UPC, eso afecta mucho la prioridad tratar de contener el gasto en salud bucal, colocar barreras para que el paciente no se haga tratamientos y solo hagan las consultas de valoración y no más, favorecerse de los que no van. ET002

desafortunadamente la gente no se muere por caries, ni por enfermedad periodontal, no es lo más crítico, no es lo más crítico y por lo menos acá nos están llegando gente demasiado siniestrada, entonces , cuando tenemos el cáncer disparado, los embarazos disparados, los reemplazos articulares de una, de otra, las enfermedades huérfanas , todas germinaron acá , le cargan y le cargan actividades a la UPC, ley de techos por el otro lado , pues hay que optimizar el recurso económico , en lo más crítico, en lo que se muere la gente , aunque eso sea una obligación. EPS002

las IPS al sentir que si existe un seguimiento estricto al cumplimiento entonces yo si hago una demanda inducida de manera puntual, entonces yo si llamo a la mamá yo si llamo a la materna...IPS001

5.5.16 Dominio Entorno interno constructo Tensión para el cambio (facilitador)

Los actores concuerdan en que existe preocupación por la persistencia de la enfermedad bucal, lo que da lugar a un impulso en la implementación. Se observa un deterioro progresivo en la concepción de la práctica odontológica y su aporte a nivel social. Los encuentros entre actores involucrados han puesto la mirada en las nuevas exigencias de atención por parte de los usuarios por la vía del derecho, incrementando las demandas de tratamientos rehabilitadores de alta calidad, los cuales son complejos y costosos. Se menciona la necesidad urgente de encontrar otras maneras de impulsar la implementación, más allá de las sanciones, puesto que éstas no han generado ningún cambio significativo en este componente. Por su parte, también existe tensión para fortalecer este componente en el personal, diferente a guías y mecanismos efectivos que permitan articularlo con otros programas de salud.

la gente se está rebotando. Cada vez más la gente quiere que le subsidien las cosas. Esas EPS que vinieron, me comentaron como hacemos pagar porque los jueces, una persona diabética, hipertensa, muy mal, le ordenaron 100 millones para hacerle una prótesis superior e inferior de zirconio, 100 millones para una sola persona, cuando se podrían haber realizado muchas cosas con este dinero en muchas personas. MSP000 sobre todo en los primeros años, lo que vale es lo que dice el médico, no lo que dice el odontólogo, entonces, si el médico le dice que como se le ocurre que le van a colocar flúor antes de los cinco años, no existe ninguna posibilidad que el odontólogo lo haga , ya que los médicos vayan conociendo eso es favorable, pero bueno , vuelvo y te digo si el médico le dice que el flúor antes de los cinco años es prohibido , no existe ninguna posibilidad de que el luego convenza a la mamá de lo contrario. EPS002

Estuvimos el miércoles hablando con la referente de salud bucal del Ministerio, definitivamente hay que meterle la ficha a la prevención, el edentulismo va disparado, se sacan muchos dientes que después van a terminar rebotando o cobrándoles esa corona o ese implante a la EPS. Si la EPS no se pone en los zapatos de que hay que fortalecer la promoción y la prevención en el mediano tiempo el costo en salud bucal va a ser demasiado grande. ET002

5.5.17 Dominio Entorno interno, Constructo Preparación para la implementación, subconstructos Compromiso del liderazgo y Recursos disponibles (barreras)

Al interior del dominio entorno interno, se identificó contenido relevante a los constructos compromiso del liderazgo y recursos disponibles, ambos con una influencia predominantemente negativa para todos los actores entrevistados. A nivel del Ministerio se identifica una situación precaria en la infraestructura disponible para la implementación de la estrategia, por lo cual considera necesario incrementar el trabajo de sensibilización dirigido a directivos, gerentes y líderes de las organizaciones hacia este componente al vincularlos como una causa importante de esa problemática. La Empresa Social del Estado concuerda con esta percepción, agregando que el compromiso del liderazgo es crítico para respaldar el funcionamiento correcto de esta estrategia, cuyos aspectos sensibles en la implementación suelen estar vinculados con la importancia que estos actores le otorguen. Menciona qué el gerente suele guiarse por los indicadores finales, los cuales son relevantes a los reportes del Ministerio y dan lugar a una situación conflictiva, pues los sistemas de información y los indicadores recomendados en ocasiones no reflejan el trabajo realizado. De igual forma que la ESE, la EPS sugiere que las condiciones de implementación pueden verse afectadas por compromisos políticos de turno.

"Lo que pasa es que nosotros por ejemplo ahora viene una gerencia nueva que trae sus políticas, sus lineamientos, sus intereses, entonces dependiendo de la manera como la gerencia lo maneje y lo traiga, impacta el servicio, hay gerentes que vienen por odontología, que odontología no produce, que odontología tatata y empiezan a sacar". ESE001

"Hay unas que nunca van a ver salud bucal, eso depende mucho del referente del momento, de la temporada electoral, con el tema político totalmente, se ve el cambio. Eso no depende ni siquiera de la entidad territorial es del referente en Salud oral que haya para la época, entonces así uno ve el comportamiento del territorio y que a veces no hay nadie, o se les acabó la contratación y hasta ahí llevo". EPS002

Con respecto a los recursos disponibles, el Ministerio menciona avances en medicamentos y en tecnologías y reconoce la limitación en infraestructura existente para prestar los servicios, aunque agrega que se espera una gestión efectiva y eficiente de los mismos, dado que en el marco del aseguramiento están incluidas todas las acciones de la estrategia; también agrega que hace falta mayor desarrollo en evidencia científica que apoye la implementación, tales como guías de práctica

clínica. Considera que puede existir conflicto debido a la influencia que las casas farmacéuticas han podido tener en los protocolos clínicos actuales.

el Ministerio de Comercio tuvo que establecer los rangos de importación límite, hasta que no se vio afectada la empresa que produce la amalgama ningún odontólogo se pronunció, nunca, nunca no se pronunciaron MSP000

Cómo referente te reconozco muchas falencias, dudas, temores, que nos falta gente, que hacemos lo mejor que podemos...somos conscientes de la limitación de recursos, pero yo esperaría que haga lo mejor que pueda con lo que hay... de pronto en donde más estamos atrasaditos en servicios; en medicamentos y en tecnologías hemos avanzado cosas para salud bucal... Cosas que no hemos podido hacer guías de práctica clínica, esta es de las pocas áreas que no tiene ni una sola guía práctica clínica no por qué el Ministerio no la haya buscado. MSP000

La entidad territorial, aseguradoras y prestadores comparten la necesidad de mejorar la infraestructura disponible, ya que se identifican situaciones en las que un solo prestador con mínimas capacidades presta servicios para un amplio territorio y para diferentes aseguradoras. Se hace énfasis, también, en incrementar las competencias del talento humano en aspectos técnico-científicos de prevención en salud bucal, conocimiento de la norma referente, en sistemas de información y planeación. Entre todos los actores se menciona la falta de capacidad del sistema de información para reflejar de manera efectiva la forma cómo se implementa la estrategia y sus resultados; esto incluye ajustes en los códigos de registro y la necesidad de una historia clínica única o, al menos, la integración óptima de los datos de los pacientes entre instituciones.

¿cómo medimos hoy COP? pues por un archivo en Excel, pues cómo más lo mido, yo COP no lo puedo asociar a ningún código...la caries cavitacional no tiene un CIE10, dígame a que lo asocio, deme las herramientas, pero entonces acá piden unos indicadores, pero no nos dan herramientas para medir esos indicadores. EPS 002

yo no sé si los recursos están y de pronto a nosotros no nos llega, eso no lo sé, pero yo sí pienso que los recursos deberían estar organizados de tal manera que usted sepa ...si de pronto fuera un recurso que usted dijera, para salud oral este año se va a programar tanto para que eso se vaya en campañas de tal manera que quedara como más más representado y no se nos fuera en tanto en la priorización. ESE001

El país tampoco tiene un historial clínico unificada, cada IPS tiene un sistema operativo diferente, tiene software historia clínica diferente, no están alineados con la plataforma de seguridad social, que es la plataforma que actualmente está intentando unificar, entonces realmente tampoco existe una trazabilidad de un plan de tratamiento los pacientes, entonces nos encontramos que ese paciente con una higiene oral hoy en una IPS recibió un tratamiento, pero posteriormente la IPS pierde el contacto con ese usuario, el usuario o paciente se traslada, hace portabilidad, la nueva EPS arranca de cero con ese paciente desconociendo lo que se le hizo con anterioridad. IPS001

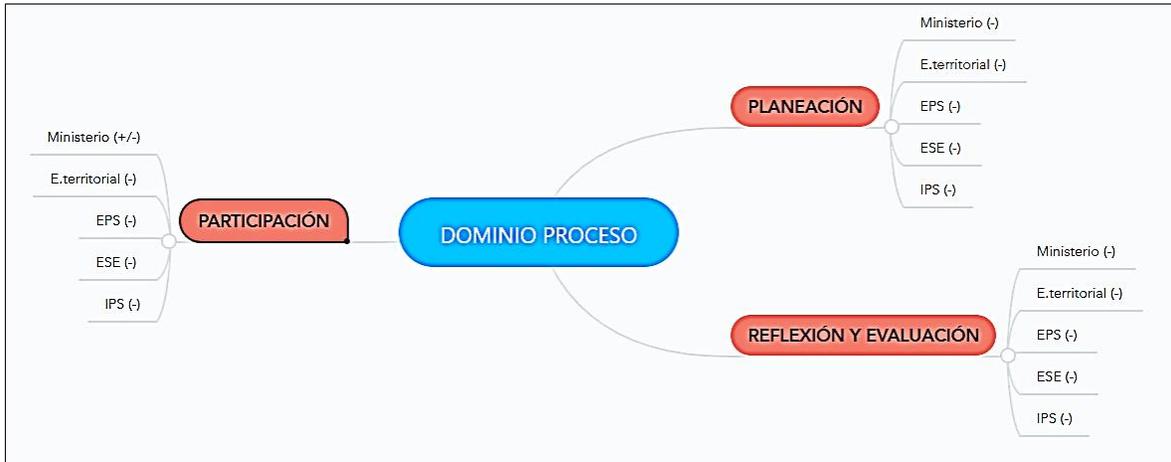
La IPS comenta las dificultades en recursos físicos y económicos para realizar acciones extramurales y la necesidad de contar con instrumentos operativos que faciliten la implementación accesible, incluso para personal no odontológico. La ESE considera que debe haber una planeación preestablecida de los recursos dirigidos a la implementación de la estrategia para tener una base desde donde trabajar, sin temor a reducirse por situaciones de priorización.

Pero un odontólogo, en estadísticas, solicitados para campañas ahora ahí mismo está IPS no tiene solicitud y nosotros llevamos funcionando 7 años, y hemos participado todos los años en las campañas de salud en comunidad, que hace la EPS, porque ellos tienen dentro de su eje temático llevar salud a la población que no puede llegar hasta los consultorios. Se hacen campañas por municipios, cabeceras municipales y nosotros como IPS aliada a la EPS colocamos recursos humanos, para hacer las brigadas de salud y a la fecha de hoy nosotros no hemos recibido solicitud. IPS 001

Dominio Procesos

Al interior del dominio *Proceso* se dedujo contenido vinculado a 3 constructos *Planeación, Participación y Reflexión y evaluación*. Los cuales presentaron una influencia predominantemente negativa entre todos los actores entrevistados.

Figura 25. Constructos con influencia positiva, negativa o mixta en el dominio Procesos



5.5.18 Dominio Proceso constructo Planeación (barrera)

Los actores de cada nivel entrevistado, convergen en que es necesario mejorar las capacidades de planeación de la estrategia en los diferentes territorios y la forma como se coordinan las acciones entre áreas de la salud y sectores sociales. Se considera que las acciones ejecutadas no se respaldan en la caracterización de la población y en el cálculo de necesidades para la población objetivo. Del mismo modo, no se produce información útil y suficiente para la toma de decisiones. El Ministerio, por ejemplo, considera que la academia y los prestadores no han hecho esfuerzos suficientes para incrementar las competencias en planeación de los profesionales. Por su parte, la entidad territorial enfatiza en los desafíos que ha representado la operacionalización de la demanda inducida en este componente, asegurando que un porcentaje muy alto de la población aún no recibe la estrategia, en particular niños menores de 12 años, lo cual promueve, también que la estrategia se ejecute con propuestas poco pertinentes, con acciones mínimas fragmentadas y desactualizadas. Tal es el caso de las brigadas en las cuales solo se informa y remite pacientes al servicio de salud. La planeación se ve gravemente afectada por las formas de contratación del personal y la permanencia de aseguradoras y prestadores en los territorios, lo que no permite establecer planes a mediano o largo plazo y medir su impacto.

pocos se preocupan de la infraestructura y la dotación de los consultorios odontológicos, y eso pasa porque generalmente el talento humano de odontología no está preparado para entender o sea sólo se preocupa por la atención del diente, mientras funcione la unidad idivino!, pero no saben hacer planeación de material, no saben hacer planeación de planeación, de instrumental, no saben definir los procesos técnicos de los espacios,

no saben definir ese tipo de cosas. Al no hacerlo, dice el gerente, el gerente es el gerente, el que es el jefe del consultorio es el profesional, debería precisamente pasar el plan de dotación, el plan de infraestructura para al menos solicitarlo y que venga el de Infraestructura y se lo haga, pero el profesional no se mete en esas cosas, no le gusta, no le interesa.MSP000

no saben cómo hacer un proyecto en una comunidad, cómo abordar y llegan con la misma retahíla todos sin adaptarse a la condición específica de esa comunidad...entonces pasan proyecticos para hacer lo mismo, aquí me acaba de llegar un proyecto donde el objetivo es hacerle higiene a los niños de la vereda tal hermano eso ya está pagado, eso ya se debe hacer por el territorio, entonces no me pida más plata porque no le puedo dar plata, esos son los proyectos salidos del conocimiento de lo que pasa en el territorio. Si hay mecanismos, pues que usted lo conozca desde la formación, para que usted se pueda involucrar con la comunidad y para que con ella formulen proyectos que pueda llevarse al gobernante en el territorio y en caso dado pase aquí. MSP000

Las aseguradoras consideran que hacen un esfuerzo importante de planeación y seguimiento, pero que esto ha sido complejo debido a la necesidad de recursos, el nivel de prioridad de este componente y las competencias de los referentes y demás profesionales vinculados a la estrategia en las instituciones prestadoras y direcciones territoriales. Agrega que la Secretaría de salud no hacen suficiente acompañamiento a las acciones que realiza la aseguradora, mencionando que su función suele limitarse a la transmisión de información. Por su parte, los prestadores consideran que la planificación de actividades se ve afectada cuando los reportes generados distan de las realidades operativas. Para las aseguradoras, la flexibilización en los criterios de habilitación para realizar actividades extramurales se constituye en un facilitador, como por ejemplo "la aplicación de flúor en barniz en sillas rimax"ET002.

iDifícil!, porque ¿cómo más vamos a atender a los niños? Ya se ha probado de todo desde inducir a la demanda, se canalizan desde los diferentes espacios, desde el PIC, en las viviendas, en las familias, en los colegios, se canalizan esos niños a su IPS prestadora y hay una queja de las EPS que casi un 20 por ciento de esos niños inasisten, hay problemas quizás una red prestadora no tan accesible para estos usuarios entonces muchas dificultades, pero la idea es que con ellos mismos tratemos de solucionar esas dificultades. ET002

La caracterización tiene que estar clara el prestador debe tener claro y saber a quién está atendiendo, cómo está compuesta su población para

que diseñe estrategias para esa población, las estrategias tampoco acá no hay que ser súper ultra científico para hacer, o sea sea creativo realmente acá lo que se necesita es la creatividad, pero sí que la gente le dé valor a la parte de la prevención, que le dé valor al paciente sano, que se proyecte .EPS002

antes todos iban de manera desarticulada a las familias y tampoco tú logras mucho, y en el espacio escolar saturas la escuela con tanta cosa. ESE001

5.5.19 Dominio Entorno interno constructo Reflexión y evaluación (barrera)

Este constructo se plantea como una debilidad destacada entre todos los niveles involucrados. Al respecto, se menciona el alto volumen de información y las discusiones que se han llevado a cabo alrededor del tema; sin embargo, esto no se ha visto reflejado en datos confiables y el diseño de propuestas concretas de cambio o de ajustes en la implementación de la estrategia. El Ministerio sugiere que los profesionales tienen la costumbre de no reportar y, además, no generan espacios de retroalimentación que impulse la toma de decisiones basadas en la evaluación de la implementación. Para las entidades territoriales y las aseguradoras, el sistema de información no refleja las acciones realizadas, por lo cual, la reflexión y evaluación es difícil en tanto los datos observados desde el sistema de información son cuestionables en su validez, con el agravante de que, posiblemente, se esté sobreestimando la condición real de salud de las personas y, con ello, incrementando la percepción de ineffectividad de la estrategia. El cumplimiento de la estrategia está ligada al seguimiento que la EPS le realice a sus IPS y la retroalimentación que haga de los procesos.

porque lo hemos visto con prestadores que por alguna razón porque están muy lejos o lo que sea, a los que no les podemos hacer un acompañamiento más permanente, nos dicen "pero es que usted nunca me dijo" y pues tienen razón yo nunca le dije, nunca le demostré cómo iba y pues él asume que si nunca le dije nada era porque lo estaba haciendo bien, entonces si debe haber un acompañamiento permanente y si veo los resultados. EPS002

De manera obligatoria se hacen reportes a los entes de control, y dentro de las mismas políticas tiene incluso sanciones económicas para los no reportantes, pero que terminan siendo un reporte en número estadístico muerto...podríamos tener unas bases ajustadas unos pacientes tratados,

unos insumos entregados, unos recursos utilizados pero que en la población no se está viendo lo que realmente se está haciendo. IPS001

Por otro lado, la ESE menciona qué han Generado iniciativas al interior de sus instituciones para reportar otro tipo de indicadores diferentes a los obligatorios por norma. No obstante, no son utilizados para la toma de decisiones y no son objeto de procesos de socialización y retroalimentación, centrándose en el análisis de producción como dato clave en la prestación. La IPS pone en evidencia otros registros como las quejas de los usuarios, los cuales tampoco impactan y/o modifican las condiciones de implementación. En general, se plantea que existe desconocimiento de lo que realmente se realiza en la práctica y la necesidad de contar con mejores indicadores, plataformas de registro, procesos de reporte, acciones de seguimiento, mesas de trabajo y otros mecanismos formalmente constituidos para guiar la implementación. Finalmente, se reitera que la ausencia de un reporte unificado de los pacientes dificulta establecer un seguimiento a la estrategia.

"Yo creo que hay varias cosas que hay que mirar, primero: el Ministerio dijo modificar un código del CIE 10, que es un código de la Organización Mundial de la Salud es muy difícil.; segundo: si falta incorporar nuevos códigos... que hacen mucho en su gestión pero que los resultados en el SISPRO no se están dando y si ves los resultados en el SISPRO son desastrosos para salud bucal... entonces es un tema interesante porque el dato es con el cual todos toman decisiones y si el dato del SISPRO que es el oficial y no dejará de serlo, entonces, qué es lo que está pasando entonces es un subregistro, un mal registro desde la fuente de registro que hacen los odontólogos y las higienistas en la IPS al momento de la atención, eso hay que validarlo...falta incorporar nuevos códigos, por ejemplo no hay un código para paciente sano, si yo diagnóstico un paciente COP cero sano, no hay un código para reportar ese paciente sano, entonces todos los pacientes que van a odontología tienen como mínimo caries, por eso se podría estar mostrando por ejemplo que para el año 2019, la primera causa de consulta externa fue la caries dental". ET002

"..y es lo que yo les oigo a los ingenieros se va mucha información, como hay mallas validadoras, entonces al pasar depronto toda esa validación se pierde, pensaría yo que es lo que está pasando en la diferencia de reportes, por ejemplo , yo registro en la facturación del mes en promedio mes 26.000 consultas...y entonces yo no sé si depronto al llegar al Ministerio se esté perdiendo esa esa información más o menos"ESE001

5.5.20 Dominio Entorno interno constructo Participación (barrera)

Este dominio se relaciona con las formas de participación del personal responsable en la implementación de la estrategia. Su influencia negativa entre los niveles se debe, de forma general, a las percepciones negativas que se tienen hacia las formas en las que se involucran en la implementación los líderes, como es el caso de los referentes a nivel del Ministerio, de las entidades territoriales, de las aseguradoras y de los prestadores; otros participantes en la implementación como odontólogos, auxiliares en salud, médicos enfermeros y auxiliares de enfermería, y finalmente, agentes externos y líderes de opinión como las agremiaciones y facultades de odontología. Entre los referentes entrevistados se plantea una mínima, incluso ausente, participación de estos individuos desde el diseño, la implementación y las acciones que se generen para su mejoramiento continuo. Para el Ministerio, la participación en la implementación por parte de los actores clave se ve afectada por el incumplimiento en las funciones que le corresponden a cada uno, ya sea de manera intencionada o debido al desconocimiento de la norma y el funcionamiento del sistema, a la vez que una práctica clínica y administrativa cuestionable desde lo ético, pues está centrada en la procedimientos curativos y estéticos promovida desde su formación académica.

La línea de investigación es del docente, porque al final eso le sirve es para su escalafón docente... si fuera posible en mis manos, me gustaría tener su modelo, de como usted transformó su modelo de prestación de servicios en su universidad para modificar su modelo de educación en salud para que yo tenga esos profesionales de la salud sentados aquí y yo poder cambiar el model...MSP000

¡Venga a usted lo contrataron!, entonces usted debe tener conocimiento de todo esto para estar en este trabajo... ¿te parece que nos toca gastarnos en eso o que la gente debería tener el recurso para hacerlo? yo debería contar con gente con la mínima capacidad de tomar estos documentos saberlos leer y aplicarlos de acuerdo con el contexto.MSP000

Este nivel menciona avances alrededor de la implementación de la estrategia que han sido resultado de la motivación personal de algunas personas y no necesariamente por un colectivo, el cual, para este actor, no ha representado adecuadamente al gremio y tampoco ha logrado armonizar los esfuerzos que mencionan en la dignificación del talento humano, con una práctica clínica centrada en el beneficio integral de las personas, siendo la estrategia preventiva una ventana de oportunidad

para trabajar en pos de ello, más allá de la dinámica existente en consultorios independientes. No se ve el gremio odontológico como un colectivo de liderazgo que se pronuncie para el beneficio social y que esto se vea reflejado en la estrategia preventiva en salud bucal del país, los líderes de opinión suelen tener consideraciones fragmentadas en cuanto a la estrategia, pero, generalmente, sin un fundamento en evidencia científica. Esta visión es compartida por los demás niveles, los cuales reiteran una participación centrada en el cumplimiento de metas productivas, en un enfoque curativo en la práctica y un escaso conocimiento del rol de cada uno de los participantes en el marco de implementación de la estrategia.

como política pública se va a regular las advertencias sanitarias para los alimentos. Esto es política pública, ¿esto les pega?, los odontólogos no entienden que esto les pega? ¿Van a estar acá? ¿Están preparados para estar en esta entidad? ¿para tomar decisiones?, entonces esto se vuelve de personas, cuando es grupal, debe ser de un cuerpo colegiado y normativo que regule entre sí mismo para venir a poner una postura y tomar decisiones con solidez y ni siquiera esto, y yo les dije a los de facultades les dije cuando se cayó esto dos, casi que tres pasos por congreso se tuvo esto y nosotros presentábamos y pum! se caía, porque los lobistas de las empresas de alimentos se iban allá a hacer lobby, ¿cuántas veces fueron los profesionales de odontología a hacer lobby para que esto se diera? Ni una. MSP000

¿De cero a cien? Cero, nosotros somos un gremio completamente apático, completamente apático. No nos interesa, no nos interesa y yo no sé si será por lo mismo que dije desde el principio. Todas estas políticas favorecen es el no tratamiento, porque esas políticas no son para que hagamos implantes, hagamos ortodoncia, acá es para que prevenga, realmente, ¿qué le interesa al gremio? ¿Que haya salud o que hay enfermedad?, parecería que es que haya enfermedad. EPS002

Participantes alrededor de la implementación diferentes al área de la salud bucal desconocen la importancia de la estrategia y su rol en la implementación, suelen referirse a ella como higiene oral y es tomado como un componente accesorio dentro de la atención integral de la salud. Los niveles entrevistados convergen en que el sistema educativo alimenta un círculo vicioso de modelos pedagógicos que profundizan la problemática del sistema y fortalecen las debilidades en el diseño y la implementación de la estrategia, generando cambios mínimos para aumentar las capacidades entre los profesionales para asumir un liderazgo que les permitan identificar y efectuar en la práctica los ajustes a los problemas que se han planteado.

A nivel del Ministerio y la entidad territorial, se afirma que múltiples grupos de investigación manejan líneas de estudio divergentes con las necesidades de atención preventiva de las personas en el país, lo que no permite reunir la evidencia suficiente que soporte los retos de implementación de la estrategia. A su vez, se considera que debe generarse un mecanismo que articule estratégicamente los odontólogos privados con la estrategia del interior del sistema.

*Para mí todo empieza en la formación académica, y yo creo que los currículos de las universidades están cero alineados con la política de salud pública de este país y con las necesidades, ellos van por un lado y a nosotros nos toca ver qué hacemos con lo que ellos sacan... Entonces ellos no hacen nada, están muy mal capacitados, muy mal capacitados. Les llega un paciente que toma aspirina y lo remiten a cuarto nivel porque está anticoagulado y no le pueden meter un espejo en la boca. EPS002
Creo que en odontología el asunto es más evidente debido a que ha faltado participación de profesionales de la salud del área de higiene bucal en la toma de decisiones y reglamentación impartidas en el Ministerio. IPS001*

Para la ESE, las condiciones laborales de los profesionales podrían afectar su desempeño en la implementación, en particular su actualización constante, su motivación personal, el trato con el paciente y la sobrecarga laboral generada por tener que recurrir a múltiples trabajos para lograr una remuneración mínima, hecho que se ha reflejado en continuas quejas por deshumanización. Se identifica entre los entrevistados, especialmente entre los líderes de implementación, mayores competencias en salud pública y una comunicación más cercana y proactiva con los demás actores. De acuerdo con el Ministerio, se han declarado desiertas diferentes convocatorias en torno al tema y bajo impacto a partir de mesas de participación.

la mayoría de las quejas son por deshumanización, porque la doctora llego tarde, porque no pudo facturar... Yo pienso que está mal remunerado, o sea más que desmotivado, está mal remunerado, con su baja remuneración porque me parece que con OPS se gane 2.800.000, tú no vas a poder vivir bien, no te vas a poder dar un nivel de vida acorde a tu profesión, acorde a lo que estudiaste o a lo que tú esperas, no te va a dar y, por ejemplo, nosotros pagamos eso. En las tablas que se hicieron hay menores y eso afecta, porque el que pronto necesite tener un mejor nivel, pues va a tener que estar en varias partes, salen de acá cinco de la tarde y se van para el consultorio hasta más tarde o los sábados. ESE001

La entidad territorial afirma que su participación se ha centrado en el seguimiento a indicadores, más que la generación de mecanismos que impacten en la implementación de la estrategia. Para las aseguradoras, la participación de la Secretaría de salud es clave para lograr una implementación exitosa. La participación de las aseguradoras suele enfocarse en cumplir la norma de manera descontextualizada, los referentes exponen la necesidad de tener más espacios de participación. Los prestadores, por su parte, enfatizan en la necesidad de mejorar la inspección, vigilancia y control alrededor de la estrategia. Manifiestan que son actores aislados, agregan que las acciones y prioridades son asumidas desde la gerencia con baja participación de los involucrados en el proceso agregan un fuerte condicionamiento para generar alta producción de actividades preventivas con mínimo gasto.

El fallo más grande estaría a nivel de los entes de control, verificación y control de implementación de normatividad, qué pasa con los entes de control hoy en estos momentos aún auditores renovando contrato. Existen grupos de auditores que son asignados por los entes de control en la mayoría de los casos son contratistas también, entonces eso contratistas a principio de año no se les renueva contrato, a esos contratistas a final de año en que se les pide cumplimiento de metas, entonces el comportamiento en el mercado es que a principio de año yo no recibo visitas, pero a final de año recibo muchas visitas para tener un cumplimiento de meta..., pero como existe una interpretación propia de Norma, que incluso el ente de control se flexibiliza con la aplicabilidad de la legislación dada en la norma, se omiten cosas como la higiene bucal. IPS001

Se reconoce la falta de participación de las personas en el diseño y evaluación de la estrategia. Esto ha afianzado concepciones que afectan la mirada de la salud bucal como algo más allá del diente.

Es necesario evaluar otras cosas, se han hecho pininos, pero saber ¿cómo cuál es la participación del ciudadano en el cuidado bucal como política?, no como práctica de cepillado sino en la concepción misma de la política, me refiero a la participación social de las personas, para la construcción de elementos que se recojan en la política, el ejemplo que siempre hago, el problema que siempre tengo en los territorios, si vas por todos los consultorios de los odontólogos, cual es la imagen de la odontología, una muela, el sacamuelas, no es la salud bucal, no en la persona, no en la salud bucal. MSP000

La población objetivo presenta quejas relacionadas a la atención desde lo administrativo y la humanización de la atención del clínico. A su vez,

suelen sentir que los procedimientos recibidos o no son relevantes, o no cumplen con sus expectativas.

la mayoría de las quejas son por deshumanización, porque la doctora llego tarde, porque no pudo facturar... pues de pronto el paciente se le queja al profesional, diciendo ¿No me va a hacer nada?, imagínese usted 40 minutos haciendo el índice de no se qué, la prueba de ta ta ta, toda una historia, entonces el paciente dice y pero ¿usted no me va a hacer nada? Se le explica, esa parte educativa se le está explicando, tenemos una estrategia "hablemos" para ello tenemos un volantico que se le entrega al paciente, en donde se le dice al paciente que es importante, que hay que tener cuidado. ESE001

El desconocimiento de los derechos por parte de la población objetivo, formas de hacerlo valer y la tendencia a priorizar servicios de medicina general tiende a aumentar la oferta de servicios en esos procedimientos y desplaza acciones preventivas en salud bucal.

"la población que conoce que exige que demanda el servicio y accede a él, la población más vulnerable es la que menos conoce, la que menos exige y la que menos accede al servicio... El facilitador es que el paciente conozca su derecho y tenga la necesidad real sentida, tengo una necesidad, llego y demando el servicio, si la necesidad no es sentida no". IPS001

Cuadro 16. Resumen de la implementación de la estrategia acuerdo a los actores entrevistados

Dom	Constructos Identificados n= 27	Resumen de la implementación de la estrategia de acuerdo a los actores entrevistados	Calf
Características de los individuos	Costo	Definidos por el mercado (vendedores y contractuales entre actores). Desbalance contributivo/subsidiado; tarifas basadas en uso. No soportada por la UPC. Contratación deficiente; fallas en la negociación de costos. Desconocimiento de las ET en cuanto a formas de contratación, La EPS no interfiere en la contratación de la IPS; afectación de la calidad del servicio y condiciones laborales	
	Origen de la estrategia	Desconocimiento de los mecanismos que dan origen a la estrategia. Baja participación en el diseño de la estrategia, ajustes, estimación de costos,	
	Percepción de fuerza y calidad de la evidencia	Se cuestiona su pertinencia, operatividad e impacto. Los entes de control instan mayor participación-competencias; Prestadoras y EPS evidencian fallas en convocatoria. Prevención primaria vs secundaria (EPS); evidencia para incentivar la ejecución (ET).	
	Calidad del diseño y forma de entrega	Se demanda mayor claridad, más y mejores instrumentos operativos	
	Adaptabilidad	Flexibilidad, interpretaciones variadas, susceptibilidad al favorecimiento de diversos intereses, necesidad de mejora para hacerla más operativa	
	Complejidad	Sencillez y continuidad de las acciones; articulación entre actores, atención extramural, IVC, Sistema de información	
	Ventaja relativa	Ventana de oportunidad	
	Conocimientos y creencias sobre la intervención	Alto costo; poco prioritaria para implementadores y beneficiarios; Difícil lograr los objetivos, desmotivación, desconocimiento de formas de participación. MSP y EPS: bajas capacidades; ejecución con <i>mala fe</i> ; <i>no hay confianza en los criterios de atención del odontólogo, cumplimiento literal</i> . EPS: ET responsables de lo colectivo. ET: Desconocimiento del estado actual de la estrategia, alternativas de ejecución y diseminación; ESE e IPS: cumplimiento de metas de	

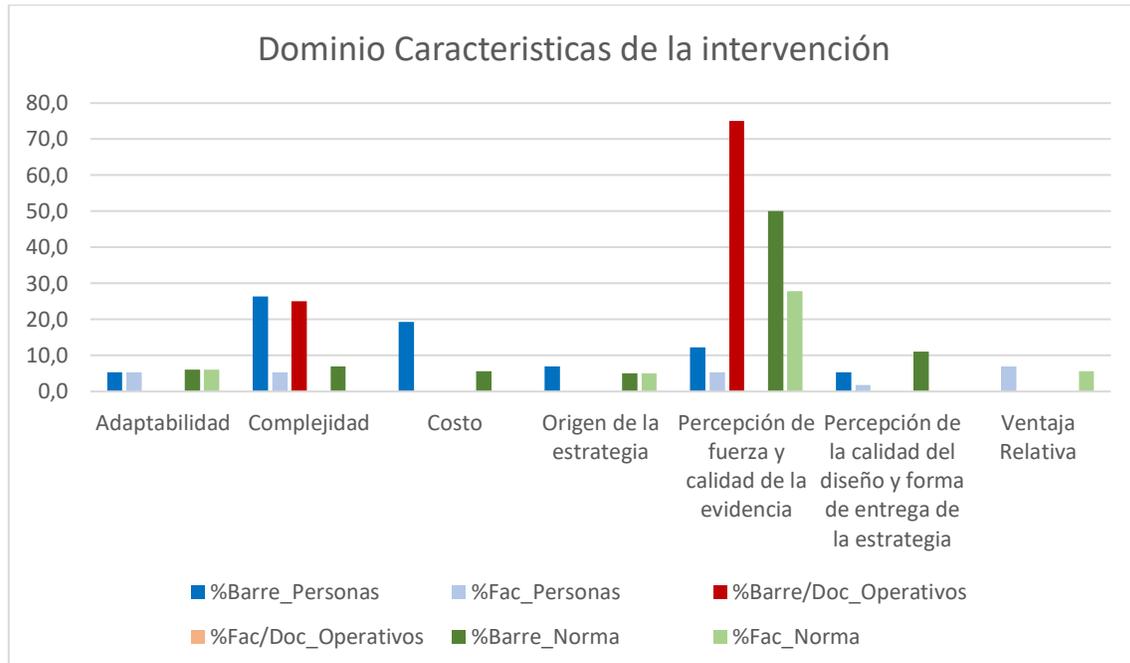
		productividad; subordinación a pautas contractuales, desconocimiento de la norma, desactualización. Influencia de intereses políticos.	
Entorno externo	Políticas externas e incentivos	Se encuentra fragmentado entre políticas e instrumentos operativos. se requieren políticas que incentiven mayores capacidades locales para el diseño de iniciativas políticas. debe evaluarse las políticas de contratación en salud y la necesidad de coordinar las actividades obligatorias de la estrategia con los reportes obligatorios exigidos por los entes de control. Consideran que hace falta mejorar las políticas para la habilitación	
	Cosmopolitismo	La ESE: se necesita un ente que lidere convocatorias efectivas y la generación de espacios apropiados de interacción para la comunicación de experiencias en la implementación. TODOS: agremiaciones, colegios y demás actores relacionados en el sector, se encuentran fragmentados y desconocen la legislación, interpretaciones variadas, lucha de posturas. La comunicación entre actores se da, principalmente, a través de gerentes y directivos con mínima o nula retroalimentación a los profesionales de campo	
	Necesidades y recursos del paciente	MSP: destaca que la estrategia, en su definición normativa, pretende afianzar las acciones preventivas en salud bucal en el marco del sistema de salud. TODOS: Estas intenciones no se reflejan en la práctica. ¿Quién tiene la responsabilidad?, aspectos estructurales. Promover participación de la ciudadanía.	
Entorno interno	Clima de implementación:		
	Clima de aprendizaje	Todos: generar espacios y mecanismos efectivos de aprendizaje; bajos estímulos a la investigación en este ámbito; tipo de contrato y sobrecarga laboral; omisión del componente dentro de las jornadas de capacitación y asistencia técnica	
	Objetivos y su retroalimentación	EPS: la programación de objetivos es compleja cuándo los documentos normativos presentan diferencias. ET: la estrategia puede llegar a forzar el cumplimiento de determinados indicadores que, a su vez, pueden convertirse en un riesgo para la salud de las personas. fortalecer objetivos que den cuenta de la continuidad en la atención. la ESE e IPS comentan que sus objetivos se centran en unas metas de cumplimiento trazadas a nivel contractual	
	Incentivos y recompensas	MSP: intereses económicos, considerando que el problema es ético y que su resolución no es exclusiva a través de sanciones. ET, EPS IPS: la forma de contratación confronta las intenciones en salud. ET: la norma incentiva el mantenimiento de bajas coberturas y que la labor de la EPS es clave. EPS: bajo presupuesto-mejor oferta; incumplimiento de pagos, contratación continua, cercanía EPS-IPS. Sin evaluación y retroalimentación no hay incentivos. ESE: interpretación descontextualizada; diseño de pautas contractuales con una lógica económica y de productividad incentiva la ejecución y bloqueo en el acceso a los procedimientos de forma irracional, discutiendo con la evidencia clínica del ejercicio profesional y aspectos éticos básicos. La IPS concluye que los incentivos más importantes se vinculan a los reportes de obligatorio cumplimiento, las sanciones y la percepción de su gravedad, el conocimiento y sensibilización por parte de los auditores, las prioridades de los tomadores de decisiones en la institución	
	Compatibilidad	MSP: Formación, EPS, IPS, ESE: planificación; sistema de información fragmentado y complejo; sin registro único de pacientes	
	Prioridad Relativa	Las acciones preventivas en salud bucal no se relacionan con causas de mortalidad, las sanciones por su incumplimiento no son graves y que responder con coberturas útiles no genera grandes impactos en salud, pero sí conlleva altos costos y con ello una gran parte de la UPC. Se demanda des la IPS un seguimiento estricto. Desconocimiento de los derechos por parte de la población objetivo, formas de hacerlo valer y la tendencia a priorizar servicios de medicina general tiende a aumentar la oferta de servicios en esos procedimientos y desplaza acciones preventivas en salud bucal	
	Tensión para el cambio	Existe preocupación por la persistencia de la enfermedad bucal, el costo y las exigencias de las personas. Se observa un deterioro progresivo en la concepción de la práctica odontológica y su aporte a nivel social.	
	Compromiso del Liderazgo	El compromiso del liderazgo (directivos, gerentes, alcaldes) es crítico para respaldar el funcionamiento correcto de esta estrategia. ESE: el gerente suele guiarse por los indicadores finales del SI, los cuales suelen no reflejar el trabajo realizado. Ministerio menciona avances en medicamentos y en tecnologías y reconoce la limitación en infraestructura existente para prestar los servicios, aunque agrega que se espera una gestión efectiva y eficiente. puede existir conflicto debido a la influencia que las casas farmacéuticas han podido tener en los protocolos clínicos actuales	
	Recursos disponibles	Recursos económicos mínimos; Incumplimiento en requisitos de habilitación; sobrecarga laboral; sin historia clínica única; o, al menos, la integración óptima de los datos de los pacientes entre instituciones. falta de capacidad del sistema de información para reflejar la implementación, los indicadores propuestos en la norma (COP). Faltan instrumentos operativos (fáciles para personal no OD), recursos para actividades extramurales, ESE: Presupuesto fijo	

Procesos	Planeación	Es necesario mejorar las capacidades de planeación de la estrategia en los diferentes territorios y la forma como se coordinan las acciones entre áreas de la salud y sectores sociales. las acciones ejecutadas no se respaldan en la caracterización de la población y en el cálculo de necesidades, no se produce información útil y suficiente para la toma de decisiones. MSP: la academia y los prestadores no han hecho esfuerzos suficientes para incrementar las competencias en planeación de los profesionales. ET: acceso; contratación, liquidación de prestadores; EPS: Recursos para planeación, acompañamiento reducido de ET, competencias de profesionales y referentes, la prioridad; flexibilización de la habilitación para acciones extramurales, ESE,IPS: falta de información efectiva.	
	Participación	Se plantea que los actores involucrados no han tenido las capacidades para sensibilizar a los demás actores, incluyendo la población objetivo. plantean una mínima, incluso ausente, participación de estos individuos desde el diseño, la implementación y las acciones que se generen para su mejoramiento continuo. MSP: incumplimiento a las funciones. No se ve el gremio odontológico como un colectivo de liderazgo. Líderes de opinión con consideraciones fragmentadas y sin evidencia. Participantes alrededor de la implementación diferentes al área de la salud bucal desconocen la importancia de la estrategia y su rol en la implementación, suelen referirse a ella como higiene oral y es tomado como un componente accesorio dentro de la atención integral de la salud. sistema educativo alimenta un círculo vicioso de modelos pedagógicos que profundizan la problemática. Grupos de investigación divergentes. ESE, las condiciones laborales de los profesionales podrían afectar su desempeño en la implementación (sobrecarga laboral, múltiples trabajos, quejas por deshumanización). ET: énfasis en evaluar indicadores. IPS, ESE: condicionamiento contractual, los procedimientos no cumplen las expectativas de las personas.	
	Reflexión y evaluación	Alto volumen de información y las discusiones que se han llevado a cabo alrededor del tema; sin embargo, eso no se ha visto reflejado en datos confiables y el diseño de propuestas concretas de cambio o de ajustes en la implementación. omisión o fallas en el reporte. posiblemente, se esté sobreestimando la condición real de salud de las personas y, con ello, incrementando la percepción de ineffectividad de la estrategia. la ESE menciona que han Generado iniciativas al interior de sus instituciones para reportar otro tipo de indicadores diferentes a los obligatorios por norma. No obstante, no son utilizados para la toma de decisiones y no son objeto de procesos de socialización y retroalimentación, centrándose en el análisis de producción como dato clave en la prestación. La IPS pone en evidencia otros registros como las quejas de los usuarios, los cuales tampoco impactan y/o modifican las condiciones de implementación. En general, se plantea que existe desconocimiento de lo que realmente se realiza en la práctica y la necesidad de contar con mejores indicadores, plataformas de registro, procesos de reporte, acciones de seguimiento, mesas de trabajo y otros mecanismos formalmente constituidos para guiar la implementación. Finalmente, se reitera que la ausencia de un reporte unificado de los pacientes dificulta establecer un seguimiento a la estrategia	

5.6. OBJETIVO 3. Contraste entre las percepciones de los actores involucrados y los hallazgos a nivel normativo y operativo.

En los gráficos siguientes se observa la relación entre barreras y facilitadores para cada una de las construcciones CFIR identificadas en todo el estudio. Se cuantificaron el total de códigos calificados como barreras o facilitadores de manera independiente para cada fuente (normatividad, documentos operativos y entrevistas) y posteriormente se llevaron a porcentajes para facilitar su análisis comparativo. La codificación se realizó con el software NVIVO y se tabularon en Microsoft Excel.

Figura 26. Contraste entre fuentes Dominio Características de la intervención

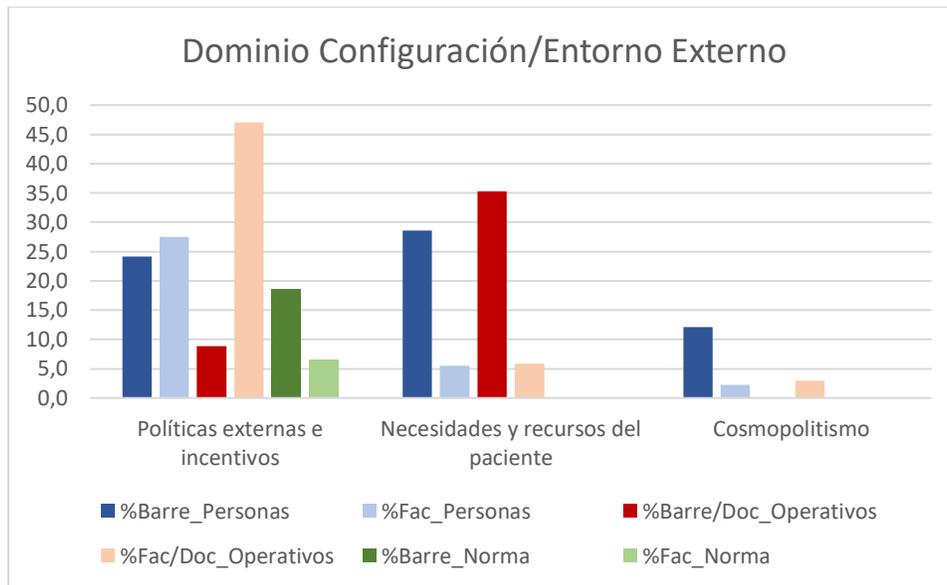


* Barreras de acuerdo con los actores entrevistados, (%Barre_Personas) Facilitadores de acuerdo con los actores entrevistados (%Fac_Personas); Barreras en documentos operativos (%Barre/Doc_Operativos) Facilitadores en documentos operativos (%Barre/Doc_Operativos); Barreras en documentos normativos (%Barre/Doc_Normativ) facilitadores en documentos normativos (%Fac/Doc_Normativ).

Para los demás constructos, se identifica un predominio negativo entre las fuentes, tales como la percepción de complejidad, dónde entrevistados y documentos operativos confluyen en que la comprensión de la norma técnica y las leyes alrededor de la implementación son complejas de entender y adoptar. En documentos normativos y entrevistados también se identifica como barrera el desconocimiento del costo de la estrategia y la forma como es dada a conocer a los responsables de su implementación (percepción del diseño y calidad)

Se destaca la percepción de fuerza y calidad de la evidencia que soporta los contenidos de la estrategia como una barrera, tanto en documentos normativos como operativos y en actores involucrados. En general, no se percibe un respaldo científico suficiente en las indicaciones clínicas y de implementación consideradas.

Figura 27. Contraste entre fuentes Dominio Entorno externo



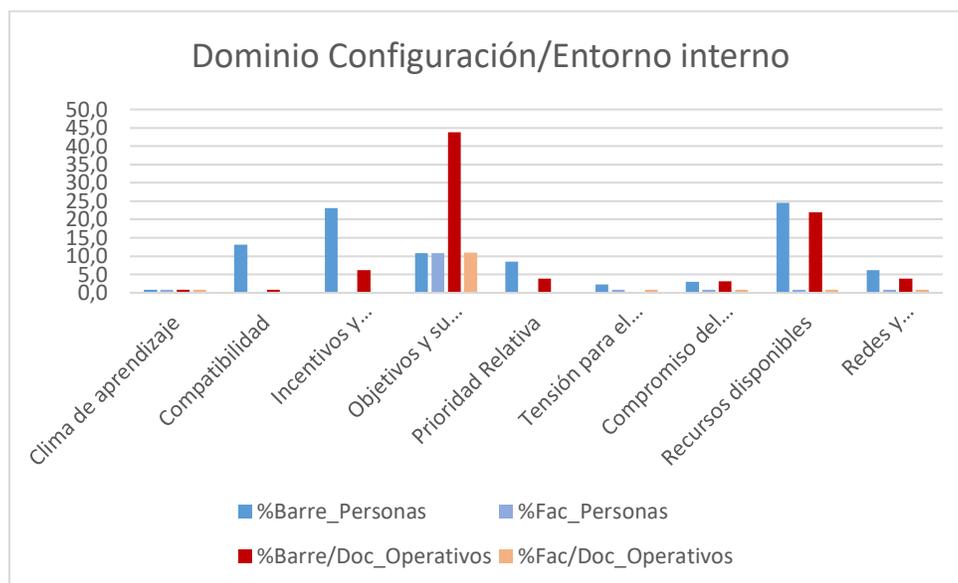
En cuanto al dominio *Entorno externo*, se identificó un predominio negativo en los constructos necesidades y recursos del paciente, en la medida que a actores involucrados registros en documentos operativos y disposiciones normativas parecen desconocer las necesidades y recursos con los que cuenta la población objetivo y, basados en ello, evidenciar en la estrategia, desde su origen en el año 2000, en sus posteriores ajustes y en su implementación por parte de los responsables, el contenido y los cambios suficientes para ajustarse a estas exigencias. Por otra parte, es identificado el cosmopolitismo como una barrera para los entrevistados y en la norma, debido a que al identificarse en la norma colegios y agremiaciones, no se cuenta en la práctica con redes consolidadas que impulsen la implementación, a su vez, las normas no definen claros mecanismos para articular este componente; aspecto que puede observarse en su ausencia en los flujogramas de atención de programas como Crecimiento y desarrollo y Atención a la gestante.

Aunque con diferencias muy sutiles para los actores entrevistados, de manera general las políticas externas alrededor de la estrategia son un facilitador para la implementación, tales como el sistema obligatorio de garantía de la calidad y políticas nacionales de salud pública.

Esto se refleja en algunos documentos operativos, donde la presencia del componente atención preventiva en salud bucal en políticas nacionales y las auditorías y asistencias técnicas promueven su inclusión en los programas de salud territoriales. No obstante, en los documentos normativos es conflictiva la presencia una política que, aunque muy

desarrollada conceptualmente, insiste en medir sus acciones basadas en productividad. A su vez, se identifica que en sus múltiples disposiciones, algunas ambiguas y hacen complejo hacer operativa la inspección vigilancia y control.

Figura 28. Contraste entre fuentes Dominio Entorno interno

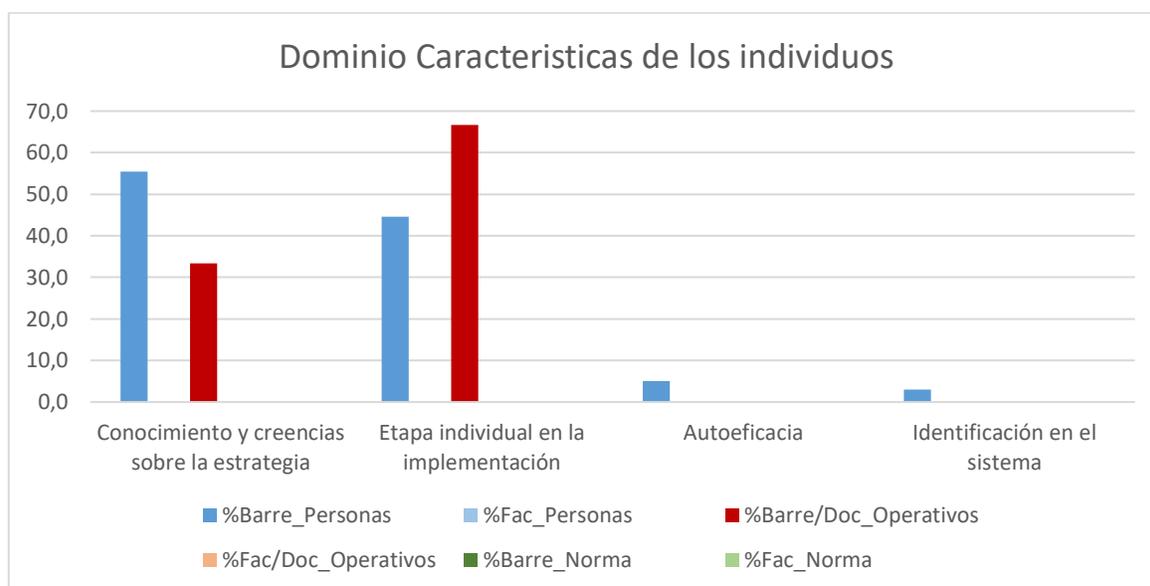


Al interior del dominio entorno interno, se destacan con un mayor porcentaje de codificación y con una influencia predominantemente negativa los constructos Objetivos y su retroalimentación, Incentivos y recompensas, Compatibilidad y Recursos disponibles.

En cuanto a los objetivos y su retroalimentación, las fuentes, en particular en los documentos operativos, se identifican indicadores y metas centrados en las frecuencias de atención, la entrega de kits de higiene, y la cantidad de personas que reciben una charla informativa. En ese sentido, ninguno de los objetivos indicadores y metas planteados permiten entender cómo se implementa la estrategia y cuál es el efecto que está teniendo en la población objetivo. Esta situación también se identifica en los incentivos y recompensas, lo cual es debido a la consolidación de dinámicas centradas en lo económico y que impulsan la ejecución de estas acciones con la finalidad de responder a unas pautas contractuales, muchas de ellas distantes a generar condiciones que favorezcan la implementación de la estrategia de atención preventiva y una participación adecuada por parte de los actores involucrados. Las fallas en la compatibilidad de los recursos disponibles se reflejan en que todas las fuentes plantean la necesidad de incrementar la infraestructura disponible. Los profesionales tienden a tener sobrecarga laboral, los

recursos para acciones por fuera de los consultorios y que respondan a coberturas útiles no son suficientes y, a su vez, las necesidades de registro no se realizan de una forma válida y útil, y no son compatibles con algunas características del sistema de información el cual demanda algunos ajustes.

Figura 29. Contraste entre fuentes Dominio Características de los individuos



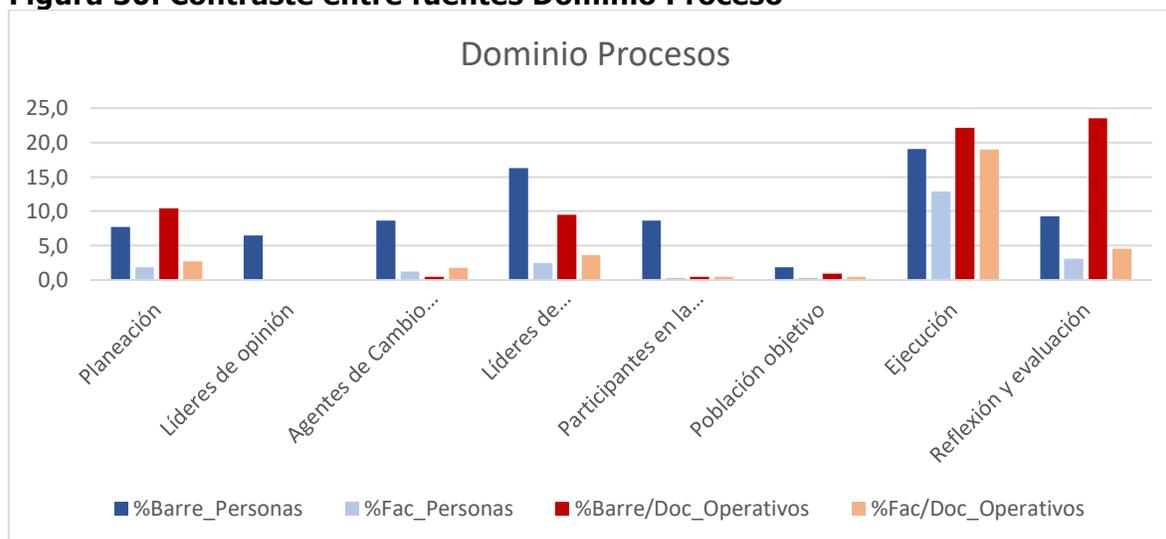
El constructo conocimientos y creencias sobre la estrategia fue uno de los que obtuvieron mayores frecuencias de codificación como una barrera entre actores involucrados y en documentos operativos.

Son múltiples las creencias de los actores entrevistados alrededor de la estrategia y su implementación, las cuales van desde las consideraciones que tienen con respecto a su rol en la implementación y el rol de los demás, y las formas como se debe planear y costear su implementación. De acuerdo algunos actores, las condiciones generales de trabajo y el entorno de servicios no favorecen la realización de estas acciones preventivas, bien sea por la percepción entre ellos y sus jefes de que el componente no es muy importante y no se asocia con la muerte, o por el tiempo que necesitan para atender de manera humanizada al paciente, el cual ven restringido a 20 minutos, o porque sienten que la estrategia, aunque es una iniciativa positiva, aún le resta mucho desarrollo para que realmente genere en las personas la prevención de enfermedades como la caries y la enfermedad periodontal. La estrategia es vista como algo aislado, pues a pesar de que se han hecho esfuerzos por integrarla en diferentes programas de salud, no está inmersa de manera continuada en

acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los documentos operativos.

Existen creencias que dan cuenta del desconocimiento de la norma tal como la restricción al acceso de actividades preventivas debido a que el paciente que la solicita no se encuentra en el rango de edad considerado en la norma técnica, el temor a que las acciones realizadas no sean pagadas por la aseguradora, la necesidad de desplazar estas actividades obligatorias por otras que consideran de mayor prioridad y otras creencias como ejecutar teniendo en cuenta los controles y sanciones. Las creencias de los diferentes referentes entrevistados convergen en que los profesionales que atienden a los pacientes no tienen las capacidades ni la motivación para implementar esta estrategia. También se considera excluyendo al Ministerio que la norma debe ser implementada en la forma que ellos llaman "estricta" por lo cual se desplaza contrario algunas disposiciones de norma toda posibilidad de tomar la estrategia como punto de partida, pero adaptarla y mejorarla de manera continuada de acuerdo con las condiciones de la población objetivo.

Figura 30. Contraste entre fuentes Dominio Proceso



Finalmente, al interior del dominio procesos, en todos los constructos identificados se refleja, también una influencia predominantemente negativa, principalmente en los constructos Reflexión y evaluación, Planeación y en los subconstructos Agentes de cambio externo, Líderes de implementación, Participantes en la implementación y Población objetivo como parte de un constructo amplio llamado Participación.

En cuanto al constructo reflexión y evaluación, las fuentes convergen en la dificultad de llevar a cabo procesos reflexivos y evaluativos alrededor de la implementación de la estrategia, dada la ausencia de datos

continuos, útiles y válidos desde los sistemas de información y la generación dinámicas laborales fragmentadas causadas por contratos temporales y ausencia en la continuidad de programas entre planes de Gobierno. Se observa la ausencia de evidencia que dé cuenta de espacios generados para la retroalimentación y la toma de decisiones basada en resultados. Las condiciones anteriores, al parecer, se relacionan e impactan de manera negativa en el diseño de esquemas y/o rutas de trabajo, la planeación de la estrategia, comprendido como un componente integrado, constante y robusto en los programas de entidades territoriales y prestadores, es prácticamente ausente. Las formas como se llevan a cabo la participación de los responsables en la implementación son sensibles a los incentivos promovidos por políticas externas e internas al interior de las instituciones, las competencias de los profesionales y el compromiso del liderazgo de gerentes directivos y otros tomadores de decisiones en cuanto a la estrategia.

Conclusiones del apartado

Entorno a lo anterior, al confrontar las diferentes fuentes de información, podemos visualizar algunas tendencias. Se identifica la norma como una condición general que influye de manera predominantemente mixta, con fortalezas que permiten llamar la atención en cuanto al deber e importancia de hacer prevención en salud bucal y propone líneas de trabajo para ello; sin embargo, se confrontan diversos intereses con un desarrollo normativo complejo con cambios recurrentes que dificultan su adopción por parte de los involucrados. Por otra parte, de acuerdo con el cuadro 11, para los responsables de la estrategia existen todo tipo de fallas en los factores clave que propone el CFIR. Estas fallas parecen estar discretamente disimuladas en los informes de ejecución, generando la persistencia de estos en la práctica.

Se observan barreras establecidas en la calificación global para el dominio *Características de la intervención* donde la estrategia se percibe compleja, se desconoce el costo real de implementación con tendencia a considerarlo muy alto, entre los actores no es claro el origen de la estrategia y es reducida la percepción de fuerza y calidad de la evidencia que la soporta. Del mismo modo dentro del dominio Entorno interno fallas en un *clima de aprendizaje* favorable a la implementación y limitados recursos y compromiso del liderazgo (*gerentes, directores*) como parte de la preparación para la implementación.

En cuanto al dominio *Características de los individuos*, los conocimientos y las creencias entre los involucrados responden a diferentes intereses que no necesariamente reflejan concepciones que promuevan la

implementación de la estrategia en torno a la prevención en salud bucal. En general en el dominio Procesos, posee dificultades destacadas en la planeación, las estrategias de reflexión y evaluación de la implementación y las formas de participación de los involucrados, ver cuadro 14.

Cuadro 17. Contraste de calificaciones (barrera, facilitador o mixto) entre las percepciones de los actores involucrados y los hallazgos a nivel normativo y operativo.

Dominio	Constructos/subconstructos	Norma	Documentos Operativos	MSP	ET	EPS	ESE	IPS	Calificación global
Características de la intervención	Adaptabilidad						NC		
	Complejidad								
	Costo								
	Origen de la estrategia								
	Percepción de fuerza y calidad de la evidencia								
	Percepción de la calidad del diseño y forma de entrega de la estrategia		NC		NC				
	Ventaja Relativa								
	Pilotaje								
Configuración externa	Políticas externas e incentivos								
	Cosmopolitismo		NC						
	· Necesidades y recursos del paciente								
	Presión de grupo								
Entorno interno	Clima de la implementación								
	Clima de aprendizaje								
	Compatibilidad		NC						
	Incentivos y Recompensas internas								
	Objetivos y su retroalimentación								
	Prioridad Relativa								
	Tensión para el cambio								
	Cultura								
	Preparación para la implementación								
	Acceso al conocimiento e información		NC						
	Compromiso del Liderazgo								
	Recursos disponibles								
	Redes y comunicaciones			NC					
	Características estructurales								
Características de los individuos	Conocimiento y creencias sobre la estrategia								
	Etapa individual en la implementación		NC						
	Percepción de autoeficacia			NC					
	Identificación individual en el sistema								
	Otros atributos personales								
Procesos	Planeación								
	Participación (de Líderes de implementación formalmente designados, líderes de opinión, agentes de cambio externo, participantes en la implementación y población objetivo)								
	Ejecución		NC						
	Reflexión y evaluación								

*NC: sin código identificado. Color: Influencia predominante rojo: negativa o barrera, naranja mixta, verde: facilitador. Los constructos en gris no se tuvieron en cuenta para el análisis debido a su complejidad. MSP: Ministerio de salud; ET: Entidad territorial; EPS: entidad promotora de salud; IPS: institución prestadora de salud, ESE: Empresa social del estado. En cuanto a la evaluación del constructo Ejecución fue difícil diferenciarlo del objetivo general de la investigación que era evaluar la implementación, quizás falta claridad desde el Marco conceptual en cuanto al alcance de este constructo, que solo fue evidente en el desarrollo de la investigación.

6. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo central entender las barreras y facilitadores para la implementación, de lo que se planteó, como la estrategia marco de atención preventiva para salud bucal en Colombia. Para lograrlo se identificaron diferentes fuentes que permitieran finalmente la integración de las ideas en torno a su entendimiento. Tal como menciona Peters, Tran y Adam en 2013 acerca de la importancia del contexto y la complejidad en la investigación sobre la implementación de políticas (81), nos enfrentamos en este proyecto con una pregunta de investigación esencialmente compleja que refleja toda una amplitud de factores contextuales que interactúan de formas igualmente diversas. Para poder aproximarse a esa complejidad el investigador debe ser flexible para llegar a comprender finalmente como se llevan a cabo estas dinámicas.

Esta investigación presentó diferentes limitaciones. En su componente cuantitativo las bases de datos utilizadas para caracterizar la atención son reconocidas por los errores que pueden encontrarse en los registros y fechas, las dificultades para integrar los diferentes tipos de archivos RIPS, y el potencial de sub o sobre registro que puede representar el SISPRO (82). En el componente cualitativo los documentos operativos fueron seleccionados por su accesibilidad y las entrevistas en cada nivel del SGSSS estuvieron representadas por uno y máximo dos personas por lo cual pueden existir consideraciones no aplicables a todas las situaciones y territorios, así mismo no se incluyeron usuarios los cuales podrían haber hecho aportes interesantes, aunque el propósito de la investigación quería hacer un foco en la dinámica de los implementadores. No obstante lo anterior, debido a las limitaciones de una u otra fuente, esta investigación utilizó 4 diferentes tipos de fuentes revisadas a partir de protocolos de búsqueda que promovieran la exhaustividad, la sistematicidad y la replicabilidad; las revisiones fueron complementadas con las lecturas y opiniones de terceros en su análisis para llenar vacíos y fortalecer conceptos que finalmente nos permitieran aproximarnos a una comprensión útil y generar aportes pertinentes en pro de mejorar la implementación de la estrategia en SB. La finalidad de analizar los registros más allá de observar coberturas las cuales incrementarían el sesgo, se centró en observar cómo se refleja el comportamiento o patrones en la atención preventiva entendiendo que “si bien la información contenida en los RIPS es percibida como de baja calidad, estos en esencia deben contener datos mínimos y básicos que requiere el SGSSS como soporte de pago de las prestaciones y para direccionar procesos de regulación y control del sistema de salud”(30).

El marco conceptual para la investigación de la implementación CFIR fue una herramienta útil para entender el funcionamiento de la estrategia. Permitió la delimitación de aquellos factores críticos en la implementación y generar una reflexión discursiva más organizada en torno a ellos. Algunas limitaciones del marco se evidencian en la dificultad que algunos constructos demandaron para su diferenciación conceptual como por ejemplo *Objetivos y retroalimentación* con *Reflexión y evaluación* en tanto ambos incorporan procesos evaluativos; *Características estructurales* con *Recursos disponibles* donde ambos apuntan a recursos necesarios para implementar, o en el alcance de constructos como *Ejecución* el cual podría abarcar toda la pregunta de investigación y el constructo *Conocimientos y creencias* puesto que finalmente todo lo que los entrevistados planteaban surge en torno a sus conocimientos y creencias alrededor del fenómeno de estudio. Es complejo saber que constituyen los dominios Entorno interno y Entorno externo en un marco tan amplio y en red como representa el sistema de salud colombiano, por lo cual el dialogo entre investigadores y colaboradores permitió comprender y afinar el CFIR de tal forma que el Entorno interno se determinó como los espacios al interior de las organizaciones de salud MSP, EPS, IPS, ESE y ET y el Entorno externo como las condiciones que inciden en sus procesos organizacionales. A pesar de ello, la información alrededor del CFIR y su esfuerzo de sintetizar diferentes marcos conceptuales, contribuyó a entender mejor el enfoque de cada construcción desde los conceptos y resúmenes aclaratorios, los artículos publicados que relacionan con cada uno y las discusiones generadas en cuanto a la validez y formas de identificar cada constructo. La flexibilidad del CFIR permite evaluar minuciosamente cada uno de ellos y ajustarlos de acuerdo con el contexto confrontado. Pese a la complejidad del sistema de salud este marco pudo adaptarse y apoyar la evaluación de la estrategia desde diferentes niveles y condiciones. Utilizar las influencias como formas de calificar facilitó la identificación y descripción de barreras y facilitadores. El análisis a partir de este marco conceptual facilitó también el desarrollo del discurso reflexivo en torno a la implementación más allá de solo indicar cuál es barrera o cual es facilitador puesto que en la práctica el desarrollo de estos procesos está íntimamente interconectado.

Se propone la incorporación del dominio proceso como parte del Dominio entorno interno debido a que operativamente es dentro de los contextos organizacionales donde se llevan a cabo los procesos de implementación. Los subconstructos Líderes de implementación formalmente designados, Líderes de opinión, Agentes de cambio externo, Participantes en la implementación y Población objetivo fueron analizados desde la construcción global Participación. Como parte de los conocimientos y creencias se incorporaron las percepciones relacionadas al constructo

Percepción de autoeficacia, Etapa individual en la implementación y la Identificación individual en el sistema, para facilitar su interpretación. No obstante, Tal como Damschroder menciona, se recomiendan estudios específicos para caracterizar la etapa individual de cambio entre los actores involucrados de acuerdo a teorías específicas como la relacionada a las Fases del cambio en el Modelo de Prochaska y Diclemente o las etapas mencionadas por Rogers que otorgarían información valiosa para generar estrategias que impulsen la implementación respondiendo a los estadios particulares en el proceso de cambio (109;110).

Ejecución de la estrategia de atención preventiva en salud bucal desde los registros de atención del sistema de información SISPRO-RIPS.

Frecuencia de los procedimientos preventivos en salud bucal

De acuerdo con los hallazgos, el procedimiento control de placa dental fue la actividad preventiva más reportada con un porcentaje del 16,30% del total de actividades en odontología seguido de obturación dental con amalgama (13,87%), y el Detartraje supragingival (11,6%). El quinto, sexto y séptimo lugar corresponden a educación individual por odontología (6.52%), educación individual por higiene oral (6,27%) y la topicación con flúor presentación gel (5,62%). Estas 7 actividades acumulan el 70% del total de procedimientos registrados en odontología. El código de barniz de flúor sólo se identificó en los registros agrupados de SISPRO y en un porcentaje cuestionablemente bajo. En cuanto a esto último, los entrevistados fueron insistentes en la pérdida de registros y la necesidad urgente de examinar los procesos de reporte y del ingreso de códigos al sistema de información incluyendo posibles fallas a nivel de las mallas de validación.

cuál fue el resultado en salud de acuerdo al número de actividades realizadas en lo que está publicado en SISPRO por el Ministerio, eso definitivamente no tiene nada que ver con lo que estamos haciendo, no tiene nada que ver, porque además son unas cifras absurdas, por ejemplo, ayer estábamos los más grandes de Bogotá y teníamos resultados de barniz de flúor del año, de un dígito, o sea , 9 actividades en barniz de flúor, eso no es, eso no es, además que si yo digo bueno , que este hizo 5000 y yo hice 9, entonces si hay algo que estoy haciendo mal pero cuando todos itodos! nueve, siete, cinco ,cero, entonces hay una falla en el registro terrible. EPS004

Pocos estudios abordan rigurosamente análisis de los registros preventivos. Restrepo en 2018 con RIPS de 2016 de la ciudad de Medellín

indican entre los primeros 7 procedimientos el detartraje supragingival (9,2%), seguido del control de placa dental (8,2%); la educación individual por odontología (8,1%); la obturación con amalgama (4,9%) y la obturación con resina (4,5%) (30). Esta diferencia puede relacionarse con varios aspectos entre ellos una condición socioeconómica de Medellín que repercuta en el estado de salud bucal o en las preferencias de acceso frente a lo que podría evidenciarse a nivel Valle de Aburrá o incluso en el resto del país evaluado en SISPRO en esta investigación. Tanto en el presente estudio como el de Restrepo, se mantienen el control de placa y detartraje entre los primeros lugares sin embargo el problema persiste, generándose interrogantes en torno a las condiciones y la efectividad de estas actividades y en qué estado de salud están quienes la reciben al ser acciones que pueden utilizarse como parte de un plan de tratamiento más que de un plan preventivo primario.

Los procedimientos preventivos reportados entre 2008 y 2010, mantienen una frecuencia relativa estable con respecto al total de actividades con una mediana anual del 52,07% (RIQ=5,31%). En el nivel nacional estudiado se observa una tendencia al aumento en los registros de procedimientos preventivos con una mediana de incremento del 23% desde 2014 a 2018 principalmente visible en las actividades educativas individuales con un aumento del 55% anual. La frecuencia reportada para topicación de flúor, aplicación de sellantes y educación grupal mantienen un incremento estable del 14% anual. Llama la atención el incremento en el reporte de actividades educativas individuales. Este aumento no necesariamente reflejaría un incremento en las coberturas, pero podría reflejar un mejoramiento en el reporte o la notificación automática e injustificada de acciones educativas como un registro más dentro de la facturación final, no como un aporte a la caracterización epidemiológica de los pacientes. Este aspecto ha sido mencionado en estudios como el de Duarte en 2016 y Restrepo en 2018(30,82). Algo al respecto fue insinuado por el referente entrevistado de la ESE.

"pero nosotros no tenemos ese tiempo para hacer todas esas actividades, entonces nosotros, por ejemplo, hemos hecho estrategias ¿qué estrategia tenemos? que hacemos la valoración con el control de placa y tenemos los 40 minutos. Entonces el profesional en los 40 minutos hace las dos actividades para poder corresponder un poco y poder hacer la valoración, pero de una vez hacer la parte productiva para que no se nos baje, porque igual a nosotros nos piden un rendimiento de tres consultas por hora".
ESE001

Esta situación se agudiza ante la ausencia de una historia clínica o al menos un registro único efectivo lo cual impide entender la población y

generar procesos de planeación igualmente efectivos (83). En este estudio se identificó en documentos operativos, en entrevistas y en la literatura diferentes dificultades para la atención continuada debido a los continuos cambios en el estado laboral de las personas que generan la necesidad de cambios en el régimen de afiliación y el cambio los prestadores perdiéndose la trazabilidad de dato y la posibilidad de hacer seguimiento y evaluación a las personas en el tiempo(84). En esta investigación el uso de edades clave basadas en lineamientos para SB en el país contribuye a una mejor evaluación de la estrategia desde los RIPS en tanto un registro único se resuelva.

En este tipo de situaciones debería tener mayor presencia por ejemplo comités de ética y los defensores de usuarios. Para Villalobos en 2011 la visión economicista en el mercado de la salud estimula la deshumanización en la relación odontólogo –paciente, en donde el servicio no se entiende en la forma de acto clínico que sirve para restituir o generar salud, sino como una acción que cumple con ciertos parámetros administrativos conformes a la ley y orientada al favorecimiento de intereses particulares (85). Se tiene conocimiento que este tipo de enfoques conlleva al sobre registro por un lado o a la negación del servicio por causas no sustentadas tales como la edad del individuo o la cantidad de consultas mínimas a las que tiene supuestamente derecho(86–88).

"estamos hablando de que si yo encuentro una mancha blanca debo aplicar barniz de flúor, y yo estoy diciendo que el barniz de flúor es solamente cada seis meses y es solo hasta los 17 años, osea el joven que tiene 18 años y tiene su mancha blanca pues ya no le puedo poner el barniz". ESE001

Tenemos quejas de pacientes diciendo: Doctora que pena yo fui en enero y me hicieron una atención odontológica, me mandaron a la auxiliar a que me hicieran el sellante y eso que ustedes pusieron ahí que es obligatorio, pero se me cayó en febrero una obturación y fui a pedir la consulta y me dicen que hasta dentro de dos años, porque la norma dice que hasta dentro de dos años. Vamos a ver iqué es esto por favor!, ino! los dos años son para la atención preventiva como imínimo! MSP000

entonces al que le pagan por evento le ponen sellantes hasta a las prótesis totales, ese es el riesgo, entonces ahí viene la ética. EPS004

Caracterización de procedimientos por edad y género.

Al evaluar más detalladamente la atención, el grupo de edad que acumula el mayor porcentaje de actividades preventivas se encuentra entre los 27

a 44 años (20,36%); seguido del grupo entre 10 a 14 años (15,95%) y 15 a 18 años (15,84%). Entre 1 a 5 y 6 a 9 años su frecuencia es baja sumando ambos un 17% de las acciones. Estas cifras al ser procedimientos impiden establecer en realidad cuantas personas de cada grupo reciben la estrategia, las cifras de beneficiarios menores de 10 años podría ser incluso significativamente más baja entendiendo que para ellos algunas de estas actividades se repiten de manera anual o puede una sola persona ser objeto de varias intervenciones, esta sería una situación inusual en edades superiores donde la norma no promueve la aplicación de sellantes en diferentes dientes o de flúor tópico, incluso hasta llegan a ser deliberadamente restringidas. Ante esto es necesario que los sistemas de información puedan dar cuenta de forma clara a quienes y que están recibiendo las personas de forma específica.

Es relevante discutir la pertinencia y uso de las categorías SISPRO. En lo que corresponde a *sexo* quizás deba replantearse una construcción más amplia orientada también al género en donde se puedan contrastar las acciones con las particularidades que demanda cada grupo. Esto también es válido para las categorías de *Etnia* donde el 92,12% de los registros corresponden a la categoría *no reportado* y un 4.16% a *otras etnias*. Tampoco se puede contrastar desde estos registros enfermedades de base como parte de los diagnósticos relacionados, puestos que se restringen a diferentes enfermedades solo en cavidad oral. La disposición de estas categorías debería ser acompañadas de capacitación a los actores involucrados para su crítica y uso correcto. Seguramente mejor planteadas evidenciarían diferentes expresiones de desigualdad, patrones o conductas de atención predominantes en un grupo u otro que impulsen el derecho en salud, orienten un poco mejor la toma de decisiones y las formas de adaptar e implementar la estrategia, facilitando también la evaluación de estas. Esta condición fue claramente evidente en las categorías de edad en SISPRO las cuales tienden a invisibilizar situaciones de atención diferenciada que fueron visibles al cruzar la edad con otras variables mediante un ejercicio de uso de edades clave que podría ser más informativo para la vigilancia en salud.

Lo anterior se pudo identificar en diferentes resultados. Por ejemplo, el comportamiento de las atenciones utilizando edades clave demostró un cambio destacable donde, luego de estar los sexos equidistantes en frecuencias entre los 1 a 12 años, a partir de los 13 años las mujeres pasar a tener el doble aproximado de reportes que los hombres manteniéndose así hasta los 60 años.

La problemática de no comprender estas diferencias se refleja en las entrevistas y en las actividades reportadas en los documentos operativos

donde prácticamente no es percibido un enfoque diferencial en este componente. La investigación de Aguilera y colaboradores muestra que los pacientes no tienen capacidad de comprensión de los folletos educativos que reciben en el momento de atención en salud, con un trabajo precario en verdaderas estrategias de información, educación y comunicación -IEC- (89). Contrera y cols afirman que es urgente el fortalecimiento en la investigación y los programas de intervención poblacional para la prevención y control de las enfermedades orales(90). El conocimiento de las condiciones reales de la población en cada territorio permitiría adaptar y evaluar la coherencia de las líneas de acción de los planes de salud con el estado que presentan las personas.

"dejamos mucha población descubierta, pasa con la población infantil y con la población indígena, hay resoluciones que contemplan que se debe tener todos los protocolos institucionales, todo el tema de promoción y prevención en salud bucal, en dialectos de la zona, pero en procesos de auditoría cuando llegamos a instituciones de salud y pedimos protocolos de higiene oral en otros dialectos, nos encontramos con que las instituciones de salud no tienen ningún documento que les permita a esa población lograr acceder a esa información básica". IPS001

En las actividades preventivas por régimen de atención se observa que hasta los 15 años es superior la frecuencia de registros en el régimen subsidiado con respecto al contributivo, condición que se invierte en los años subsiguientes ¿qué podría explicar este fenómeno? podría vincularse a qué quizás esas actividades iniciales son compensadas por el acceso desde otros espacios como las escuelas pero al egresar, los adultos se enfrentan a otro tipo de condiciones que podrían reducir sus posibilidades de acceder a la estrategia. Diferentes estudios dan cuenta de las restricciones en el acceso que enfrentan algunos grupos poblacionales, cuando las acciones se enfocan en menores y gestantes de áreas urbanas. Otras causas se vinculan específicamente en las limitaciones de acceso en los adultos mayores bien por que perciben que el deterioro bucal es algo natural por bajo apoyo familiar y social o por las capacidades y condiciones de atención que no responden a sus necesidades diferenciales por ejemplo un sillón incomodo (91–93).

De acuerdo con la literatura son variadas las dificultades que enfrentan los usuarios cuando la atención posee un fuerte énfasis individual y al interior del consultorio. Se identifican servicios mínimos o ausentes en municipios pequeños y en sectores más pobres y marginales a nivel urbano y rural, lejanía del sitio de atención, dificultades de transporte, costos de acceso y temor por la seguridad en los lugar donde se encuentran los sitios de atención(87,94). También se identifican

problemas en la asignación y atención oportuna, procesos complejos para la obtención de la cita tales como largas filas, asignación de fichas en horas de la madrugada, o que no son atendidos pese a asistir a la institución prestadora (95). La población aunque precisa entender la importancia de la salud bucal consideran los procedimientos como un asunto engorroso y demasiado largo para lograr su finalización con tiempos cortos de cita, intervalos amplios entre cita y cita durante los cuales suelen tener eventos como la pérdida del sellante y en donde algunos cuidadores temen volver para evitar generar traumas al menor percibidos durante estos procedimientos y en este tipo de ambientes (87,96).

Diagnósticos asociados a los procedimientos preventivos en salud bucal.

Se identificó que 7 de los 10 primeros diagnósticos CIE-10 relacionados con las actividades preventivas no corresponden a un verdadero diagnóstico tal es el caso del Z012 "Examen odontológico" siendo el más frecuente con un 29.24% de los casos seguido del #N/D "no definido" con un 24,42%. Existen otros diagnósticos como Z768 "problema no especificado relacionado con servicios médicos y de salud", K050 "persona en contacto con servicios de salud en otras circunstancias especificadas" o K038 "otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes" que no dan cuenta en absoluto de información en cuanto a la verdadera condición del paciente objeto de la intervención. La información que se genera requiere adquirir mayor sentido.

Si se observa cada actividad de manera particular, al parecer no son claros los criterios para establecer las relaciones "diagnosticas" por ejemplo el control de placa es vinculado a *examen odontológico* y a *problema no especificado relacionado con servicios médicos y de salud*, el detartraje supragingival es relacionado con *otras enfermedades especificadas de los tejidos duros de los dientes, caries de la dentina* o como #N/D *no definido*, la aplicación de sellantes se vincula con un diagnóstico *no definido* o *de anomalías en la posición del diente*, el código de la *educación grupal* es asociado a cualquier cosa. En este sentido surgen diversas cuestiones desde la capacidad real de reporte y el reconocimiento de lo que constituyen estas categorías por parte del personal que presta los servicios. Subyace una completa discordancia entre el procedimiento que se hace y el diagnóstico al que se asocia, situación que iría más allá de lo que algunos actores entrevistados mencionaban como "*la falta de un diagnóstico para pacientes sano*" porque también por lo observado se están asociando estas acciones a condiciones que no dan cuenta que ese paciente haya estado sano, ¿se

reportan diagnósticos inexistentes? ¿qué se considera un paciente sano en odontología?

Se debe diferenciar entre una condición de riesgo para caries o enfermedad periodontal y un diagnóstico por ejemplo desde lo científico ¿qué realmente constituye para un profesional reportar "Z719 anomalías de la posición del diente" o "K021 Depósitos [Acreciones] en los dientes" asociado a una actividad preventiva?, ¿Qué significa reportar la presencia de cálculos como un tipo de diagnóstico?

Para el personal auxiliar la educación en salud bucal está vinculada con un diagnóstico de gingivitis aguda y para el profesional de odontología está relacionada con un diagnóstico de gingivitis crónica. Determinar las causas de estas diferencias es una cuestión urgente en lo que parece un CIE10 que no responde a la evidencia clínica que soporta la profesión, las necesidades de reporte y la necesidad de capacitación del personal prestador. En este sentido también habría que valorar la influencia que tengan los facturadores y otros en la ruta del dato ya que ellos también tienen contacto con los registros y como algunos actores mencionaron "a veces tienen problemas para pasar la malla validadora de los sistemas de información y se realizan acciones de emergencia para poder ingresar la actividad realizada y poderla cobrar"ET002. También surge la necesidad de generar guías específicas que permitan mejorar el registro ya que atraviesa todas las dimensiones en la implementación de la estrategia. Si odontología además quiere mejorar su percepción ante todo el gremio de la salud debería comenzar por trabajar el tipo de diagnóstico que se presenta en SISPRO.

Los diagnósticos que se asocian a estas actividades al igual que para otras variables también varían de acuerdo con las edades. Se identifica un predominio en el código Z012 *examen odontológico* en los primeros años de vida hasta los 15 años aproximadamente luego a partir de allí hay una reducción importante de este código a merced de un incremento en los códigos *gingivitis crónica, no definido* y *caries de la dentina* como diagnósticos asociados. Entonces surgen preguntas como en que contexto y en qué condiciones de salud son aplicadas las actividades preventivas en los pacientes.

Condiciones de atención

Un ejemplo claro de las limitaciones para la comprensión de la estrategia desde los reportes RIPS se evidencia en que el 60,02% de los procedimientos son realizados por *personal desconocido* luego un 21,65% es realizado por *enfermeras* y un 17,87% como "otro" donde de acuerdo

con la norma para el reporte de RIPS, esta última categoría puede contemplar todo tipo de profesionales de la salud posibles. No existe un código que dé cuenta de quien realiza la acción en una lista que parece estar muy centrada en el acto médico convencional.

Los reportes no permiten conocer cuál es la finalidad de la consulta en tanto que el 90,55% es identificado como *no aplica*, solo el 4,74% es relacionado con *la detección de alteraciones del adulto*, un 1.65% a *la detección de alteraciones del desarrollo del joven*, 0,84% en *la detección de alteraciones de crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años* y 1.52% en *la detección de alteraciones del embarazo*.

Se presenta, por lo tanto, un alto porcentaje de actividades cuya finalidad de consulta se vincula a la detección de alteraciones en el adulto. Incluso la finalidad del procedimiento en un 50% se relaciona a fines terapéuticos, diagnósticos o detección temprana de enfermedad general. Ante esta situación podrían considerarse diversas causas como las competencias de los profesionales en el reporte o a fallas en el sistema de información. También es posible que un aspecto identificado en la revisión normativa puedan explicar en parte el problema de no encontrar registros en acciones de protección específica articulados con otros ámbitos como el menor de 10 años, el adolescente, la gestante o el adulto mayor, en la norma se evidenciaba que estas actividades no se encontraban en los flujogramas incluidos en las normas técnicas relacionadas como anexos técnicos en la resolución 412 y otras guías relevantes que usualmente se recortan y pegan en las paredes de los consultorios, y facilitan la labor del auditor.

Quizás sea necesario revisar, ajustar e identificar mejores diseños y formas de socializar resúmenes de política y otros lineamientos con los responsables de la implementación. En algunos comentarios de los entrevistados en el constructo *percepción en la calidad del diseño y forma de entrega*, se pudo evidenciar algo al respecto.

faltaría bajarlos más, que sean más operativos...Si nos vamos y comparamos el programa de higiene bucal con los programas de planificación familiar son mucho más didácticos en estos momentos los de reproducción sexual, control de transmisión de enfermedades sexuales, que la odontología. IPS001

En concordancia, la literatura afirma la importancia de desarrollar indicadores útiles, de acuerdo con el momento de la implementación y el tipo de resultados en salud que se quiere analizar. Se ha criticado por ejemplo la medida de experiencia de caries COP puesto que no muestra

la gravedad en los estadios de la enfermedad y podría enmascarar inequidades en cuanto la condición real de la enfermedad en las poblaciones (97). Surgen también otras cuestiones como ¿qué pasa con las actividades preventivas en pacientes con diagnósticos sistémicos? Los registros además de estar fragmentados en las personas también por tipo de atención.

Para los actores entrevistados, en particular para el Ministerio de salud es necesario que se apliquen formas de participación de todos los actores incluyendo las personas como principal agente para guiar la implementación y hacer ajustes a la estrategia. La información según los prestadores se acumula, pero eso no impacta en la toma de decisiones; cada actor configura su dinámica de atención en torno a su experiencia percibida.

¿cuál es la participación del ciudadano en el cuidado bucal como política, no como práctica de cepillado sino en la concepción misma de la política, me refiero a la participación social de las personas para la construcción de elementos que se recojan en la política? MSP000

"Datos estadísticos de queja de campañas orales si los hay, se reportan en la 256, algunos son reportados en la 1552, en el programa de sistema de información y atención al usuario, se tabulan, pero realmente lo mismo que hemos comentado al inicio, no se genera un impacto, no hace eco, la información no impacta en la toma de decisiones... número estadístico muerto". IPS001

"Yo creo que estamos haciendo las cosas bien...si alguien que de pronto se sienta mal con la atención puede irse a otra EPS. Simple y sencillo".EPS002

Es necesario entender cuáles son las características y expectativas de las personas frente a la estrategia y esto, de acuerdo con otros autores, normalmente no se da para no poner en riesgo el respaldo de ella por parte de la comunidad; lo que usualmente se hace es diseñar una estrategia de implementación basada en los imaginarios de los actores llevándolo a la comunidad como algo impuesto, jornadas realizadas sin un seguimiento apropiado de los mismos, lo que finaliza en un reporte de coberturas con un desconocimiento total del proceso (98).

Se acumula en el tiempo la ausencia de evidencia en cuanto al impacto en salud, la toma de decisiones no evidencia estar basada en resultados. Los planes territoriales no recogen suficientemente las necesidades de las poblaciones en este componente y las políticas y programas no presentan continuidad de un gobierno a otro. Las estrategias educativas si bien

aumentan el conocimiento no logran que se interioricen las prácticas (99). Tal como menciona Alonso y cols en 2008 la salud bucal persiste como un componente fundamental de la salud general de la población, pero no se detallan estrategias para enmarcarla como un trazador del desarrollo humano no hace parte de la agenda como un problema de salud pública plenamente establecido y reconocido(100).

Pese a estar identificados en los CUPS desde la Resolución 365 de 1999 y qué darían cuenta desde el sistema de información de acciones integrales y colectivas no se identificaron registros asociados a las actividades incluidas en la Sección 2 capítulo 25 correspondiente a "Procedimientos e intervenciones sobre la comunidad su entorno y su salud partir de procedimientos e intervenciones colectivas que consisten en Información, educación y comunicación (IEC) en fomento de factores protectores hacia estilos de vida saludables incluyendo salud bucal dirigido a diferentes poblaciones de riesgo (A1.0.0.01, A1.0.0.02, A1.0.0.03, A1.0.0.04). Falta ahondar en la utilidad y forma de implementar estos códigos en la práctica.

El costo reportado en copagos relacionado con procedimientos odontológicos preventivos corresponde en un 76,20% a valores iguales a \$0 y en un 23,79% a valores superiores a \$0. Este dato es complejo dado que los lineamientos de RIPS tienen el código "0" para identificar también "cobros por paquete de servicios" por lo cual no fue posible para esta investigación identificar si realmente se está cobrando o no.

Un ejercicio de trazabilidad de la estrategia de atención preventiva.

Cabe destacar que de una base de datos final de usuarios (no de registros) de 7.411.413 en Valle de Aburrá entre 2008 y 2017, solo 64 individuos de 9 a 10 años pudieron ser utilizados para analizar la continuidad de la atención durante 9 a 10 años. Esto podría deberse a la falta de continuidad en los registros y las dificultades técnicas para integrar los archivos RIPS que permitieran asociar las personas (Archivo de usuario) con los procedimientos recibidos (Archivo de procedimientos) ya que se encuentran separados.

La población entre 9 a 10 años trazada finalmente (64 individuos) presentó durante los 10 años una mediana de 16 controles de placa (RIQ:15); 29 aplicaciones de flúor en gel o solución (RIQ:18,5); 8 sellantes (RIQ:11,75); 2 detartrajes (RIQ:7,75); 0 actividades educativas, 0 aplicaciones de flúor. Llama la atención los rangos amplios y diferenciados mostrando el registro de hasta 80 aplicaciones de flúor y

56 controles de placa en algunas personas con respecto a otras que no reciben ninguno. Los códigos educativos prácticamente no se registran. Al respecto, los actores involucrados insinúan situaciones que pueden ayudar a entender que podría estar generando esta situación.

"también depende el tipo de contratación, que en eso nosotros no interferimos, pues porque nosotros contratamos con la IPS, ya como contrate la IPS con el profesional entonces acá se ve de todo, estaba el que tiene su salario normal , el que tiene un salario fijo y otro variable dependiendo de lo que venda, al que le pagan por tratamiento terminado, al que le pagan por procedimiento realizado, el que le pagan por paciente atendido. entonces al que le pagan por evento le ponen sellantes hasta a las prótesis totales, ese es el riesgo" EPS002

Es complejo llevar a la realidad que un niño o niña reciba en el año 50 aplicaciones de flúor. Esta situación alarma desde diversos ángulos, bien lo que siempre se menciona de calidad del dato, pero también podría responder a asuntos reales sobre registro por fallas accidentales o intencionada para compensar coberturas. También puede reflejar el sobretratamiento. Algunos estudios mencionan los efectos en la falta de coordinación de las actividades en las comunidades donde son ellas finalmente las receptoras de todas las intervenciones que se programen (101).

Se identificó que en el rango de 9 a 10 años de registro en niños y niñas menores de 9 a 10 años que sólo un 42,2% recibieron mínimo un procedimiento preventivo cualquiera anual y un 57,8% evidenció 1 o más años sin recibir algún procedimiento preventivo. Desde este punto se identifica qué poco más de la mitad no reciben acciones preventivas de manera continua. De manera más específica y teniendo en cuenta la Resolución 412, se identifica que el 62,5% de los individuos no cumple el mínimo de 2 controles de placa anuales, solo un 37,5% cumple los dos controles mínimos estipulados en la resolución. Por su parte, solo un 31,3% cumplió la disposición normativa de 2 aplicaciones de flúor al año.

Llama la atención las diferencias encontradas en cuanto a la cantidad de procedimientos curativos siendo inferior en los individuos que recibieron mínimo dos controles de placa anuales con respecto a los que no. Esta situación también se observa entre los menores que recibieron al menos un procedimiento preventivo anual. Esta diferencia, aunque mucho menor se observó entre las personas con cumplimiento en las topificaciones de flúor mínimas. Esta investigación en su metodología no había considerado una inferencia dado la limitación que presentan los datos en su validez, pero surge la inquietud en cuanto a la capacidad que estos sistemas de

información poseen para sacar conclusiones o al menos permitir a entes de control explorar el impacto de las acciones que se realizan a nivel local. Es importante soportar científicamente en nuestro país la efectividad de estas intervenciones más allá de lo reportado por compañías farmacéuticas o en intervenciones ejecutadas en contextos diferentes al nuestro. Nuevas líneas de investigación pueden surgir al respecto.

Se destaca también, la tendencia a la baja en los registros del Valle de Aburrá en el periodo estudiado y la tendencia al aumento a nivel mas nacional. Se necesita a nivel del sistema de información valorar continuamente las brechas entre lo que se observa en la clínica, lo que se registra en el RIPS y lo que llega finalmente al SISPRO. Esta situación es crítica incluso cuando vemos personas con múltiples registros preventivos en un solo año y en otros casos individuos que prácticamente no los reciben. En el estudio de Restrepo de 2018 que incorporó análisis de RIPS en Medellín reporta que para 2016, los registros disponibles en RIPS darían cuenta del acceso de tan solo unas 260.000 personas. La baja cobertura es reconocida por las EPS y las demás entidades del sistema entrevistadas en esa investigación y como principales argumentos se exponen la falta de información y la baja percepción sobre la necesidad de atención por parte de las personas, asimismo pese a que el plan de beneficios cubre el 89% de los CUPS de salud bucal existe una percepción generalizada entre usuarios, prestadores y aseguradores sobre la escasa cobertura del plan de beneficios, que más bien podría responder una restricción intencionada de los servicios(30).

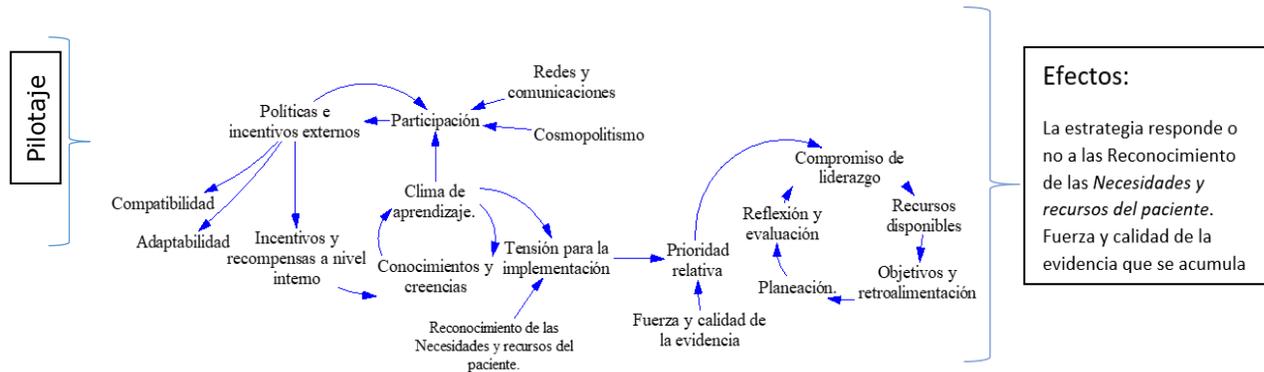
Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal desde CFIR.

De acuerdo con el presente estudio ¿cómo evaluar la implementación de la estrategia preventiva en salud bucal?

El estudio plantea una opción evaluativa a partir de la Estrategia multidimensional definida desde la norma como punto de partida para identificar fallas desde el nivel propio de la intervención, este aspecto se evaluó a partir del dominio Características de la intervención y el constructo llamado políticas e incentivos externos del dominio Entorno externo. La evaluación de los procesos de implementación se determinó a partir de los registros de atención cuantitativos SISPRO y cualitativos desde documentos operativos y entrevistas a actores involucrados para la comprensión de los constructos incluidos en los Dominios Entorno Interno, Entorno externo, Características de los individuos y Procesos.

Por otra parte, se evidenció una alta cantidad de información y constructos con contenidos relacionados entre sí, lo cual orienta la construcción de una dinámica crítica entre algunos factores clave que abarcaron la mayor cantidad de contenido codificado.

Relaciones entre constructos CFIR identificadas en la investigación.



En el esquema anterior se propone que la influencia potencial como barreras y/o facilitadores de los diferentes constructos CFIR identificados en la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal constituyen un ciclo complejo. Usualmente los actores entrevistados partieron de las políticas que enmarcan la estrategia preventiva en salud bucal como un aspecto que incide de forma directa en cómo se determinan los *incentivos y recompensas* al interior de las organizaciones y promueven diferentes dinámicas de atención en cada uno de los niveles de implementación (Ministerio, Direcciones territoriales, administradoras y prestadores) estos incentivos internos inciden en los conocimientos y creencias y con ello se consolida un clima de aprendizaje en las instituciones, este clima incide en la *Tensión* percibida para la implementación (influida por el reconocimiento de las necesidades de las personas) y en la *Prioridad relativa* subsiguiente. La prioridad orienta el compromiso del liderazgo quien a su vez activa una cascada de aspectos relacionados con la toma de decisiones desde los recursos disponibles, el diseño de los *objetivos*, la *planeación* y la *Reflexión y evaluación* de los resultados, los cuales realimentan nuevamente el tipo de *compromiso del liderazgo*. Esta dinámica finalmente determina si la implementación responde a las *Necesidades y recursos del paciente* y en la *fuerza y calidad de la evidencia* que se acumula en torno a ella. La forma como los actores involucrados participan podría tener un efecto en el diseño de las políticas e incentivos vinculados y es sensible al *clima de aprendizaje*, *las redes y comunicaciones* y *el Cosmopolitismo*. Por su parte incrementar la evidencia en torno a la estrategia (*pilotaje-aunque no se codificó*) podría

desde su concepción impulsar la priorización y con ello el compromiso del liderazgo como directivos y gerentes en las organizaciones.

Efecto barrera de las disposiciones políticas en la dinámica de implementación de la estrategia preventiva para la salud bucal en Colombia.

Una aproximación para caracterizar las condiciones actuales de la estrategia no desde la práctica sino desde la política se apoyó de algunos términos recurrentes en el sistema de salud derivando en 6 dimensiones desde lo normativo (figura 2). Esta propuesta permitió un reconocimiento más integral de todo lo que atraviesa la implementación de la estrategia para poder comprenderla atendiendo a diferentes áreas clave. Se plantearon 6 dimensiones con un amplio desarrollo discursivo en lo que respecta a Aspectos éticos y del ejercicio profesional en odontología; Inspección, vigilancia y control; Responsabilidad de los actores involucrados en la implementación; Planeación; Habilitación/acreditación y Aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal. Se requieren ajustes estructurales en el marco político sanitario que respalda la estrategia, pero este nivel de comprensión permite identificar lo que realmente se busca en una estrategia de atención preventiva para la salud bucal y que se necesita para lograrlo por ejemplo un gran obstáculo para que los actores involucrados pudieran implementar y evaluar apropiadamente la estrategia podría haber sido fue la Resolución 3384 del 2000 y su matriz totalmente confusa para de programación de actividades preventivas.

Las condiciones contractuales promovidas desde lo político generan *incentivos internos* que configuran formas de ejecutar la estrategia. Son definidas generalmente por aseguradoras, direcciones territoriales y prestadores, alimentadas por políticas externas que atraviesan desde hace tiempo su implementación, entre ellas la ley 100 de 1993 pese a todas las reformas que esta ha recibido.

La normatividad como tal no puede culparse por completo de las barreras que surgen, pero es un punto de partida que desde la omisión o la ambigüedad abre rutas interpretativas que discuten con su propuesta de prevención en salud bucal y las posibilidades de regular los procesos contractuales e incentivos para su ejecución. Tal es el caso observado en el artículo 32 de la ley 100 de 1993, del cual aún se percibe su efecto en la práctica: *“para obtener calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de la productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia...”* *“Se le*

permite a las IPS privadas implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral teniendo en cuenta el rendimiento de los individuos". Por otra parte, en la ley 1122 de 2007 el artículo 13 dispone que "para racionalizar la demanda por servicios, las Entidades Promotoras de Salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos". En la ley no se encuentran los riesgos de cada tipo de contratación, tampoco diversos incentivos que impulsen el cumplimiento de este componente más allá de controlar costos y evitar sanciones, que pueden o no llegar a motivar cambios significativos en la práctica. Para el Ministerio la ley debe interpretarse desde la buena fe, pero eso no se refleja en la mayoría de los documentos operativos y en los demás actores involucrados entrevistados donde la consigna suele ser interpretar la norma de manera "estricta" pero con una tendencia a favorecer sus intereses de sostenibilidad financiera (30).

"No lo sé si se trata de sanciones, ¿será que tenemos que cambiar a punta de sanciones?, Hay un problema entonces de ética...con 412 eso fue un problema, pero perdón una parte del principio de buena fe, se dijo queremos aumentar las coberturas en las personas, pero interpretaron "pongámosle el mismo barniz al mismo muchachito", perdón así no nos lo habíamos pensado... La norma insiste en que las acciones sean encaminadas a la prevención de la enfermedad...esa tergiversación es muy complicada, muy complicada, y digamos que en los procesos de concertación se ha procurado hacer pero como no van a ningún lado, porque es una discusión bizantina, entonces pues a la entidad rectora le toca cercar la norma y eso sí, creo que ha sido una talanquera, porque pocas cosas se han podido concertar.". MSP000

Creo que hace falta más control, de alguna manera más control, desde los entes de regulación y control, Superintendencia, la misma secretaria, apretarnos un poquito, ser más exigentes frente a coberturas, pero la norma a veces va en contra de eso, la misma norma. Entidad territorial002

"también depende el tipo de contratación, que en eso nosotros no interferimos, pues porque nosotros contratamos con la IPS, ya como contrate la IPS con el profesional entonces acá se ve de todo, estaba el que tiene su salario normal, el que tiene un salario fijo y otro variable dependiendo de lo que venda" EPS002

"Otro problema actual que existe es el modelo de contratación el PGP, si miramos ese modelo de contratación desde la parte de la higiene bucal,

yo tengo unos recursos destinados para atender una población objeto donde me conviene que la población no asista para que mis recursos alcancen, entonces mi demanda inducida cada vez va ser menor, entonces a mí me interesaría que financieramente yo cuente con recursos para cubrir algún tipo de servicios que si son sancionados y podría estar dejando de lado aquellos que no son tan visibles o que no cuentan con una marcación estricta por parte de los entes de control".IPS001

La política en odontología alrededor de la estrategia desde 1992 ha restringido el concepto de su ejercicio como una actividad centrada en la boca, incorporando conceptos vagos en promoción y prevención de la salud (ley 10 del 92). Se evidencian textos donde se separa la salud bucal de la general (Ley 30 de 1989 art 45) y se observa como desde la resolución 5241 del 1994 la prevención en odontología parece un servicio accesorio, las actividades persisten limitadas al plano bucal y centradas en la higiene de los dientes (Art 98).

Otro asunto clave que ley promueve es la priorización de acciones a partir de la caracterización de la población como responsabilidad de prestadores y aseguradoras. Esto genera un conflicto en la práctica dado su necesidad de controlar costos, las debilidades de los sistemas de información y la escasa participación de las personas en el proceso de implementación y su evaluación. Vemos también como se confunden procesos cuando la Resolución 4288 de 1996 a través del Plan de atención básica, luego llamado plan de salud pública de intervenciones colectivas PIC a partir de la resolución 425 del 2008 y la Resolución 518 de 2015 sugiere incorporar acciones preventivas en salud bucal para complementar las atenciones individuales desde los servicios, sin embargo las actividades que propone son las mismas acciones individuales ya incluidas en la norma técnica y en el plan de beneficios desde antes del 2000. Por lo cual no hay la complementariedad desde lo colectivo que se dispone.

Es necesario implementar las actividades, pero contextualizando la actividad a lo que he repetido en repetidas ocasiones...digamos que necesitaríamos más apoyo dentro de la entidad territorial. Los entes territoriales, además apegar algunas carteleras uno no percibe nada más en prevención... ellos van por un lado y a nosotros nos toca ver qué hacemos. EPS002

La priorización del tema de salud bucal es algo fortuito y cuestión de pocos. Desde la resolución 1536 del 2015, el uso de la información que se genera de la atención en SB en los sistemas de información para promover su implementación parece estar sujeta a la consideración y acción de tomadores de decisiones. De acuerdo a la Resolución 3039 de

2007 la incorporación de las actividades preventivas en salud bucal en los territorios pasa por una caracterización y priorización inicial por parte de las aseguradoras, esa caracterización posteriormente recibe una evaluación y priorización por parte de autoridades territoriales como Gobernadores y el Consejo territorial de planeación para finalmente incorporarse a un plan de salud territorial pero esto si llega a considerarse relevante para estos actores en un marco más amplio de problematización territorial también sujeto un porcentaje de participación dentro de los recursos destinados al componente de Salud Pública para financiar PIC, los cuales no presentan variaciones relevantes desde 2002 manteniéndose alrededor del 10% (Ley 1797 del 2016). En algunas políticas externas la presencia de algunos componentes de prevención desde el plan nacional de salud pública en 2007 y el plan decenal de salud pública en 2012 impulsan su consideración e incorporación en los planes de intervenciones colectivas incluidos en los Planes de desarrollo territoriales.

"desafortunadamente la gente no se muere por caries, ni por enfermedad periodontal, no es lo más crítico, no es lo más crítico y por lo menos acá nos están llegando gente demasiado siniestrada, entonces , cuando tenemos el cáncer disparado, los embarazos disparados, los reemplazos articulares de una de otra, las enfermedades huérfanas , todas germinaron acá , le cargan y le cargan actividades a la UPC, ley de techos por el otro lado , pues hay que optimizar el recurso económico , en lo más crítico, en lo que se muere la gente , aunque eso sea una obligación". EPS002

las IPS al sentir que si existe un seguimiento estricto al cumplimiento entonces yo si hago una demanda inducida de manera puntual, entonces yo si llamo a la mamá yo si llamo a la materna.... Hay un Talento humano desmotivado y poco capacitado. De hecho, dentro de los planes de formación de promoción y entrenamiento en salud dictados incluso por las mismas secretarías de salud, uno escucha mucha más reproducción sexual, planificación familiar, control de vectores, pero se escucha muy poco también salud oral...en algunas ocasiones las asistencias técnicas son realizadas de manera general en cuanto a promoción y prevención en salud y se toca de manera general todos los ejes temáticos, pero no se hace un enfoque específico a la parte de la higiene bucal, aprendizaje que lo que no se vigila controla y sanciona en muchos casos no se ejecuta simplemente se cumplen los requisitos mínimos establecidos en normatividad... IPS001

Entonces vemos que algunas iniciativas políticas insisten en el derecho en salud, pero esto se hace difícil en la práctica cuando los responsables,

gerentes, directivos dado un presupuesto y preconceptos consideran que deben priorizar algunas atenciones más que otras. Algunos actores mencionan que esto se ha reducido cuando las personas tienen conocimiento exigen su derecho y en las EPS cuando contratan instituciones que solo se dedican a odontología.

"sí a la UPC general, yo le cargo todas esas actividades que están pendientes de salud oral para poder llegar a la meta y con ello poder apretar el prestador la plata no le alcanza, no le alcanza, osea que ahí es donde viene el problema de la prioridad". EPS002

"Creo que se debe encargar de la gestión otra empresa, o sencillamente que el modelo sea diferente y sea por resultado. Es que no me parece creíble que al hospital local que se alimenta de prestar servicios de hospitalización, urgencias, quirófanos, consultas, le des el tema de promoción y prevención o gestión de riesgo no tiene sentido porque ¿qué le va a interesar a él? quiere vender servicios él es una empresa... ¿qué es lo más impactante? Veo una patología con un solo medicamento que mensualmente 1.100 millones de pesos con un solo paciente yo trato de hacerle toda la gestión de riesgo para manejar eso, pero se me pasa o se me olvida odontología". EPS001

"nosotros trabajamos mucho con clínicas que son solamente odontológicas y eso es bueno eso es bueno porque están concentrados en eso, digamos que cuando son IPS grandes que prestan todos los servicios de atención primaria pues odontología termina siendo un servicio más". EPS002

De acuerdo con las entrevistas y los documentos operativos observados, la contratación para ejecutar la estrategia se limitará a la definición de objetivos de cobertura, a reportar indicadores obligatorios mínimos a organismos de control, constituyéndose en este caso como único reporte el *control de placa bacteriana*. Lo demás concierne a facturar los procedimientos que se realicen de acuerdo con el presupuesto y las prioridades de atención establecidas por los tomadores de decisiones con un liderazgo desde las aseguradoras. Afectando negativamente entre otras cosas la realización de demanda inducida para incentivar a las personas a recibir la estrategia, dada su necesidad de ganar más dinero y responder por otras condiciones que se consideran más complejas y prioritarias en el sistema. El ente territorial tiene la posibilidad de realizar acciones en salud bucal desde el nivel colectivo y de forma intersectorial, pero también las limita a establecer objetivos mínimos individuales que le permitan responder a una obligación normativa.

Se reportan en los documentos operativos entre 2011 y 2018 dificultades en la ejecución de los siguientes aspectos específicos: adopción de cambios en la legislación; acciones para la educación en el ejercicio de derechos y deberes de los usuarios en salud bucal; acciones específicas dirigidas a diferentes grupos poblacionales; hacer operativo el trabajo interdisciplinario; diligenciamiento de la historia clínica y el consentimiento informado; en la realización de actividades educativas con suficiente planificación y soporte sobre todo en entornos diferentes al consultorio, el cual durante el tratamiento parece no ser el momento más apropiado para llevarlas a cabo; en el cumplimiento de protocolos, guías de manejo y normas técnicas. Se sugiere resistencia del personal para su adherencia... La información no se procesa de tal forma que sea útil para la toma de decisiones. La planeación de los programas dirigidos a este componente no es clara limitándose al seguimiento y realización de programas basados de manera estricta en los contenidos de la norma, esto se refleja en el solo reporte de frecuencias absolutas de procedimientos generalmente limitados a acciones en higiene bucal. Hallazgos informes operativos 2008 - 2019

De acuerdo con la literatura, las formas de contratación entre aseguradores y prestadores se configuran en incentivos que promueven por lo menos en el caso de los prestadores públicos, mecanismos de control para que la atención en salud oral en el régimen subsidiado sea deliberadamente limitada, en pro de que las ESE controlen costos y puedan tener un modelo competente y autosostenible. El modelo de pago por anticipado UPC que se adoptó en Colombia, en lugar de favorecer la protección de la población vulnerable, fue aprovechado por las EPS como una excelente oportunidad de maximizar sus ganancias limitando la libertad de elección de los afiliados y evadiendo sus responsabilidades frente a ellos (102).

La ley incentiva la cuantificación de acciones, incluso el sistema obligatorio de garantía de calidad SOGC centra sus indicadores en condiciones que poco pueden reflejar si la implementación se lleva a cabo pensando en su objetivo preventivo, no se evidencian indicadores de procesos y resultados en capacidades y en salud vinculados a la estrategia para el reporte obligatorio. Los estándares para la habilitación en odontología necesitan mayor desarrollo y actualización (Resoluciones 4252 de 1997; 2003 de 2014; 3100 de 2019). Otras políticas vinculadas son aquellas que generan la selección de gerentes de hospitales públicos no por merito sino a libre nombramiento y remoción por parte del gobierno local de turno (Ley 785 de 2005).

Lo que pasa es que nosotros por ejemplo ahora viene una gerencia nueva que trae sus políticas, sus lineamientos, sus intereses, entonces dependiendo de la manera como la gerencia lo maneje y lo traiga, impacta el servicio. ESE001

Todo este fenómeno estructural, alcanza a los participantes involucrados en la implementación al generar un clima de aprendizaje negativo. Estudios señalan que en la práctica los profesionales comienzan a restringir el acceso en menores por evitar los desafíos de conducta en este grupo lo cual les demanda más tiempo de consulta incompatibles con las políticas institucionales de productividad (96). También se identifica la presencia de personas encargadas que no cumplen con los perfiles o distorsionan sus funciones laborales respaldados por influencias políticas para mantenerse en el puesto de trabajo (103).

Quienes pudieran incidir en el diseño de las políticas y su implementación según los actores entrevistados, se mantienen al margen de la situación y no tienen una fuerza colectiva para impulsar los cambios que se necesitan.

Algunos autores afirman que las asociaciones gremiales, grupos de interés político y el sector comercial privado al parecer no se consolidan como facilitadores para el fortalecimiento de este componente en el país. Se reporta que las asociaciones gremiales deben generar más espacios de discusión acercamiento y reflexión entre los actores del sistema para lograr acuerdos de trabajo orientados a la solución de problemas éticos y bioéticos en el ejercicio de la profesión que afectan finalmente a los profesionales y a la población que utiliza los servicios (27,85).

Por su parte, se ha considerado el sector académico como un facilitador en la medida que promueve espacios de discusión ha tenido una importante participación en el desarrollo de la estrategia, y en algunas regiones ha asumido el liderazgo, pero por otro lado persiste en los procesos formativos un enfoque clínico individual desarticulado del sistema de salud con debilidades en las competencias en planeación y ciencias sociales (104,105). Las líneas de investigación usualmente no responden a las necesidades de las personas más a intereses de sectores privados como aseguradoras privadas, farmacéuticas, industria de cosméticos y biotecnológicas (106). Al parecer ha faltado una acción colectiva desde la odontología alrededor de la implementación apropiada de la estrategia preventiva y la variedad de factores que la afectan.

Importancia de la prioridad relativa y el compromiso del liderazgo en la planeación

Al interior de las organizaciones, el clima de aprendizaje retroalimentado por los conocimientos y creencias que se consolidan alrededor de la estrategia favorecen la tensión entre los involucrados para priorizar el problema e implementar la estrategia en SB. El tipo de compromiso que surge en el liderazgo de gerentes, directivos y otros, impulsa la disponibilidad de recursos con un diseño de objetivos alineados con ese nivel de compromiso que para esta investigación fue considerablemente ausente o cuestionable.

Lo que pasa es que nosotros por ejemplo ahora viene una gerencia nueva que trae sus políticas, sus lineamientos, sus intereses, entonces dependiendo de la manera como la gerencia lo maneje y lo traiga, impacta el servicio, hay gerentes que vienen por odontología, que odontología no produce, que odontología ta t ata y empiezan a sacar, y hay otras gerencias como esta que con odontología nos ha ido muy bien... acá tú tienes unos tiempos muy, muy centrados y estamos midiendo producción, estamos midiendo el rendimiento, estamos midiendo productividad. Cada vez escribimos más, aunque los sistemas son una maravilla, son tiempos adicionales que reducen la relación médico paciente. ESE001

nosotros estamos hablando de que si yo encuentro una mancha blanca debo aplicar barniz de flúor, y yo estoy diciendo que el barniz de flúor es solamente cada seis meses y es solo hasta los 17 años, osea el joven que tiene 18 años y tiene su mancha blanca pues ya no le puedo poner el barniz. y uno tiene que adherirse a las guías es muy poco lo que tú te puedes salir porque si tú te sales, pues corres con el riesgo de que si tu facturas eso, pues las EPS nos lo glosa y no nos lo pagas ESE001

Esta situación entorpece las posibilidades de planeación y por consiguiente la definición de las responsabilidades específicas de los involucrados en la implementación, así su participación queda sumida a interpretaciones, motivaciones y capacidades personales.

La falta de comunicación entre ellos favorece la sobre intervención en algunas poblaciones y la generación de acciones aisladas que alteran las dinámicas de ese entorno e impiden lograr el impacto esperado. Hallazgos en documentos operativos

En la literatura se evidencia, como la ausencia de planeación genera metodologías de atención incompatibles con la dinámica escolar o familiar. Los docentes, tal como en las entrevistas se menciona, perciben una enseñanza centrada en las técnicas de higiene bucal percibiendo falta de programación y continuidad en las acciones algunas iniciativas como los "cepilleros" en las instituciones no registran condiciones de higiene y mantenimiento adecuadas. Acompañado de la percepción de falta de

conocimiento y de apoyo que sienten los docentes para el desarrollo de actividades de cepillado con sus escolares, falta de recursos y el trabajo adicional que representa esta actividad (107).

Lo anterior acompañado de un sistema de información que no refleja información útil incide en la pertinencia de las evaluaciones y reflexiones alrededor de la implementación, las cuales se limitarán a discutir frecuencias, en controlar el gasto para cubrir otras prioridades o en como generar mayores utilidades económicas. Los pocos espacios que se generan no asumen la estrategia como algo relevante para las personas, partiendo de la incertidumbre de los datos actuales. La ausencia de un reporte único de los pacientes impide entender como ha sido su evolución, que ha funcionado y que no. La baja capacidad instalada, principalmente en talento humano disponible, contratación tercerizada, baja remuneración y pocas oportunidades de capacitación y actualización afecta la forma como se evalúa y reflexiona en torno a la estrategia. Aquí se forma un bucle donde el diseño de indicadores y un sistema de información que no da cuenta de la implementación y de los efectos en salud de la estrategia, impiden la posibilidad de tener datos útiles para evaluar y tomar decisiones que finalmente planteen ajustes en los objetivos que se proponen. Todos los actores involucrados perpetúan los errores de manera sistemática.

La información que describe el sistema de información alrededor de la estrategia demuestra las prioridades de información. Define categorías de tal manera que cumple en apariencia su función mínima de facturar y mostrar frecuencias con algunas variables de atención que no dan cuenta de procesos de implementación, de continuidad, de resultados en salud bucal y otros necesarios para analizar la estrategia, por ejemplo la ausencia de una categoría para vincular los procedimientos preventivos que se realizan en pacientes sanos, conllevando al reporte de categorías de forma aleatoria muchas relacionadas a enfermedades bucales disparando "falsos positivos" en las estadísticas de morbilidad. Queda la duda de qué población realmente recibe la atención y en qué condiciones la recibe. De acuerdo con la finalidad de la consulta el 90,55% se identifica como "no aplica"; y el 4,74% en Detección de alteraciones del adulto. De manera general de acuerdo con el RIPS entre 2008 y 2017, los 3 primeros diagnósticos relacionados con las actividades preventivas corresponden a Z012 Examen odontológico (29,24%); #N/D "no definido" (24,42%); K051 Gingivitis Crónica (19,82%); K036 Caries de la Dentina (9,62%).

De hecho, el problema en CIE10 que tenemos un hueco muy grande, una falencia grande es que no todos nuestros diagnósticos están en CIE10,

empezando que lo de ICDAS no está en CIE10, entonces para CIE10 es K021 todo, si es microcavidad, si es cavidad, entonces ahí sí tenemos una falencia grande y en CUPS igual, por ejemplo, nosotros no tenemos paciente controlado en odontología, de hecho, con el que nosotros hacemos la valoración estamos es manejando un Z que es examen odontológico. Eso hace que ni con CUPS ni con el diagnóstico yo pienso que por eso es que no se ha podido armonizar, y es lo que yo les oigo a los ingenieros se va mucha información, como hay mallas validadoras, entonces al pasar de pronto toda esa validación se pierde, pensaría yo que es lo que está pasando en la diferencia de reportes, por ejemplo , yo registro en la facturación del mes en promedio mes 26.000 consultas...y entonces yo no sé si de pronto al llegar al Ministerio se esté perdiendo esa esa información más o menos .ESE001

El impacto final es la pérdida del sentido de la estrategia y el uso continuado de instrumentos con fallas en su diseño y un margen de impacto negativo inconmensurable en las personas. La participación de los actores se tergiversa en una dinámica de desaprendizaje y adopción de incentivos desfavorables.

El constructo pilotaje como la clave para aterrizar la evidencia científica relacionada con las políticas y estrategias de atención preventiva en salud bucal.

Falta aterrizar el discurso en odontología, no basta con indicar sus prevalencias en la población e incorporarla en las políticas basada en objetivos teóricos de lograr la salud general. La evidencia científica para apoyar la concreción de esta en la práctica presenta un vacío crítico en cuanto iniciativas en diseño y ensayos, lo que no quiere decir que no se hagan, pero la dificultad radica en que se desconocen, por lo cual no pueden reflexionarse a partir de planteamientos metodológicos claros.

En esta investigación a partir de una revisión exploratoria de la literatura científica en cuanto a la estrategia preventiva para la salud bucal de Colombia; se revisaron las bases de datos PubMed, Scopus, Bireme/Lilacs, LAREferencia, Scielo, Redalyc, Latindex, Dialnet, Google scholar y los repositorios de 11 universidades con facultades de odontología, salud pública, epidemiología, auditoría y semejantes con acceso abierto, desde la entrada en vigor de la resolución 412 del 2000 a septiembre de 2019. De los 641 resultados, se seleccionaron 102 estudios que vinculaban el tema de manera directa o indirecta de los cuales solo se obtuvieron 8 que propusieron y/o evaluaron con una metodología clara algún tipo de intervención relativa a la prevención en SB (cuadro 11). Los demás presentaron una amplia problematización desde diversos enfoques

de la estrategia y en el marco en salud colombiano vinculado a la salud bucal (ver anexo 7 con protocolo de búsqueda y resumen de búsqueda).

Cuadro 18. Identificación de estudios relacionados a experiencias de implementación.

Autores/revista	Titulo	Diseño	Objetivo
Gómez-Arias MY, Franco-Londoño LY, Gaviria-Torres JM, Baena-Muñoz LM, Ortiz Restrepo JF, Zapata-Bedoya JP, Bernal-Álvarez T, Agudelo-Suarez AA. Revista Nacional de Odontología 2013	Evaluación del componente bucal. Proyecto “Escuelas Saludables” de la Fundación las Golondrinas, Medellín 2006-2011.	Estudio evaluativo a través de elementos de un estudio cuantitativo y descriptivo con datos de dos momentos del tiempo	Evaluar una estrategia de escuela saludable en su componente bucal a través de indicadores de higiene bucal, salud bucal y conocimientos y prácticas de diversos actores (escolares y padres o adultos significativos).
Fredy F. Pardo Romero y Luis J. Hernández. Rev. Salud Pública. 2018	Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. Colombia	Ensayo	Este ensayo pretende mostrar algunos de los principales enfoques epidemiológicos con que ha sido abordado el proceso salud-enfermedad bucal y en particular la enfermedad periodontal.
Brenda Yuliana Herrera Serna y Olga Patricia López Soto. Rev Esp Salud Pública 2018	EVALUACIÓN A 72 MESES DE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN ESCOLARES. Valle del Cauca; Risaralda; Caldas / Colombia	Estudio cuasi-experimental, longitudinal	Evaluar a 72 meses una estrategia de prevención en salud oral en escolares.
Andrés Alonso Agudelo Suárez, Eliana Martínez Herrera. Rev. Salud Pública. 2009	La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. Colombia	Ensayo	Este escrito propone el desarrollo de un nuevo campo de acción para la agenda de salud bucal de Colombia mediante el análisis de algunos indicadores sociales y en salud.
Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2003	Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena. Cartagena / Colombia	Enfoque participativo que promueve el uso combinado de diferentes métodos y técnicas, cuantitativos y cualitativos, desde una perspectiva sistémica, crítica y pluralista	Elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de la población desplazada, pobre y vulnerable que se asienta en la zona sur oriental de Cartagena, la exploración de las políticas locales y nacionales y del papel de los servicios de salud, con miras a la definición de los lineamientos para el diseño de una estrategia de intervención que permita mejorar el bienestar de la población.
Riveros CM, Hormiga LR, Núñez TS, Rugeles NC. UstaSalud 2010	Implementación de un programa educativo, dirigido al personal de salud responsable del control prenatal, orientado a promover la salud oral de las gestantes. Bucaramanga / Colombia	Ensayo clínico no controlado	Implementar un programa educativo, dirigido al personal de salud responsable del control prenatal, orientado a promover la salud oral de las mujeres gestantes.
Riveros CM, Rodríguez MJ. UstaSalud 2007	Programa preventivo en salud oral para controlar factores de riesgo asociados a caries dental y enfermedad periodontal en mujeres gestantes. Bucaramanga / Colombia	Ensayo clínico controlado	Diseñar, ejecutar y evaluar la efectividad de un programa preventivo en salud oral para controlar los factores de riesgo asociados a caries y enfermedad periodontal en las gestantes afiliadas a una EPS, en Bucaramanga.
Forero L, Reyes ES, Rodríguez MJ. UstaSalud 2006	Impacto de la educación en salud oral en una población escolar de la Aldea Infantil SOS de Floridablanca, Santander, determinando el índice de higiene oral y el índice gingival. Santander / Colombia	Ensayo clínico controlado	Determinar el impacto generado a través de un programa de sensibilización y motivación sobre hábitos de higiene oral en un grupo de escolares entre los 6 y 15 años.

Fuente: diseño de autores basado la revisión de la literatura en diferentes fuentes entre el 2000 y septiembre de 2019.

Para el CFIR el constructo Pilotaje es un factor clave en la implementación, que se relaciona a la capacidad de prueba de las intervenciones a pequeña escala y que luego teniendo en cuenta la experiencia en condiciones reales pueda ser implementada en condiciones contextuales más amplias y semejantes (35,71).

La teoría de la difusión de las innovaciones de Rogers en 2003 vincula este atributo como parte del proceso de implementación y aceleramiento en la adopción apropiada de las estrategias (108). El ajuste de las fallas en la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal requiere la incorporación de cambios progresivos a pequeña escala que permita seguir las condiciones de implementación y validar la propuesta en el marco del sistema. Esta evidencia podría apoyar el constructo *fuerza y calidad de la evidencia* calificado como barrera e impulsar los ajustes que desde 2001 son un punto de partida para el diseño de experiencias de implementación participativas (no como ejercicios de socialización (103)) con el respaldo existente en evaluación de barreras y facilitadores.

Conclusiones

Este trabajo hace una caracterización cuantitativa de la implementación de la estrategia a partir de los registros de prestación de servicios. Se identificó la importancia de los RIPS para evaluar las acciones realizadas y su potencial no utilizado, validado y ajustado para hacer seguimiento a los procedimientos. Se encuentran limitaciones para entender la implementación desde las categorías descritas en el SISPRO y el RIPS bien porque no dan cuenta de las necesidades de reporte en salud bucal para evaluar sus intervenciones, como por fallas en el registro. El control de Placa fue la actividad preventiva más frecuente en odontología, las actividades educativas son las más reducidas y los registros de flúor en barniz son cuestionablemente bajos u omitidos, al parecer relacionado con fallas en los procesos de validación al ingresar las actividades al sistema, por sistemas de información desactualizados en las instituciones o por uso de otros códigos de flúor al momento realizar la historia clínica.

Los análisis que estratifican por edades, régimen y año permiten visualizar patrones de atención que difieren claramente entre poblaciones y requieren investigación en detalle. Se observó que las personas que reciben la estrategia tienen menos reportes de actividades curativas relativas a ellas.

Para identificar desde lo cualitativo constructos que tuvieran una influencia negativa o positiva en la implementación de la estrategia se revisaron 3 fuentes: 107 normas y/o lineamientos entre enero de 1962 y octubre del 2019; 172 documentos operativos de entidades territoriales en diferentes lugares del país entre 2009 y 2018 y 7 entrevistas tratando de abarcar el espectro del sistema de salud a excepción de los usuarios. Estas fuentes permitieron una aproximación a la comprensión del proceso de implementación de la estrategia de atención preventiva en Colombia, desde diferentes voces y enfoques.

Se resumieron desde los contenidos normativos 6 dimensiones o componentes de la estrategia de atención preventiva. La norma técnica de la resolución 412 del 2000 solo refleja un aspecto restringido por lo cual para comprender de que trata la estrategia y así poder describir su implementación fue necesario trascender las indicaciones mencionadas en esta resolución e identificar su alcance en la dinámica del sistema de salud a partir de las 6 dimensiones descritas: aspectos éticos y del ejercicio profesional en odontología, inspección vigilancia y control, responsabilidad de los actores involucrados en la implementación, planeación, habilitación/acreditación y aspectos técnicos y de derechos en la atención preventiva en salud bucal. Estas dimensiones están pensadas

en un orden tal que para poder ejecutar finalmente la parte técnica es necesario una identificación de lo que representa el ejercicio profesional en odontología y sus aspectos éticos que configuran a su vez unos principios de inspección vigilancia y control para esta área de la salud que a su vez tienen un reconocimiento de las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados en la implementación. Esos actores son los encargados de llevar a cabo acciones de planeación que requieren haber obtenido unas previas condiciones de habilitación, dentro de las cuales también se incorporan los aspectos técnicos y derechos de la atención finalmente ejecutadas.

El desarrollo legislativo es amplio con influencia mixta en los 5 dominios del CFIR específicamente en 27 de sus constructos: 1. Características de la intervención [Origen de la estrategia, percepción de fuerza y calidad de la evidencia; Ventaja relativa, Adaptabilidad, Complejidad, Percepción de la calidad del diseño forma de entrega de la estrategia y costo]; 2. Entorno externo [Necesidades y recursos del paciente, Cosmopolitismo, Políticas e incentivos externos]; 3. Entorno interno [Redes y comunicaciones, Clima de implementación (Tensión para el cambio, Compatibilidad, Prioridad relativa, Incentivos y recompensas externa, Objetivos y retroalimentación, Clima de aprendizaje, Tensión para el cambio) y Preparación para la implementación (Compromiso del liderazgo, Recursos disponibles)]; 4. Características de los individuos [Conocimiento y creencias] 5. Proceso [Planificación, Involucramiento o participación, Ejecución y Reflexión y evaluación]. Destacándose la dimensión normativa Responsabilidades de los actores y planeación como el conjunto de normas potencialmente más influyentes. Se encontraron debilidades importantes en las dimensiones normativas aspectos técnicos y de derechos en atención preventiva, en habilitación y en aspectos éticos y conceptuales de la profesión.

Se determinó que la estrategia de atención preventiva está inmersa en una dinámica reglamentaria compleja, dependiente de una y otras leyes. Llega a las personas desde dos núcleos principales: unas acciones desde los Planes obligatorios de salud representadas por diferentes normas entre ellas la Resolución 412 del 2000 y unas acciones aparentemente complementarias a estos servicios, que se realizan a través de planes territoriales basados en políticas nacionales de salud pública y en necesidades locales. Estos núcleos no evidencian complementariedad desde lo normativo ni en la práctica, esto se refleja en los documentos operativos y en los comentarios de los entrevistados, generando la falta de coordinación y la omisión o redundancia de actividades.

Los cambios son constantes favoreciendo el entrecruzamiento y el mantenimiento de todo tipo de disposiciones de ley. También se presenta escaso soporte científico en los documentos de política nacional, con actividades sugeridas enfocadas en acciones individuales y reiterativas en el tiempo. En general la estrategia se mantiene en las políticas, pero de forma fragmentada, centrada en la higiene y en indicadores de salud dental. Se han obtenido logros en organización y reconocimiento dentro del proceso de atención integral, pero se han perdido actividades obligatorias en algunos grupos de edad en particular en mayores de 18 años. Existen disposiciones casi invisibles en la implementación como la guía para la protección específica de caries y enfermedad periodontal del 2005 que planteaba algunos ajustes necesarios de la norma técnica. Otras se consolidan como confusoras tal es el caso de la Resolución 3384 del 2000 y su matriz de programación difícilmente comprensible y soportada en evidencia.

La estrategia se percibe aislada, parece una actividad realizada solo por un compromiso de norma. Existe un potencial de articulación importante en las Resoluciones 518 de 2015 pero la ejecución desde lo territorial se ha centrado en la información, la canalización y las jornadas ocasionales de salud; también aunque ya pronto a terminar la Resolución 1841 de 2013 del Plan Decenal las actividades incluidas fueron tomadas de forma explícita, y restringida a las frases que mencionaran salud bucal, cuando en general hay objetivos que son transversales a las personas y claramente impactan lo que pueda realizarse desde la APSB. La norma por tanto requiere un ejercicio de pedagogía continuo y apropiadas estrategias de diseminación para incrementar la claridad en su interpretación y en su apropiamiento, identificando las posibilidades que permite para mejorar y/o facilitar la implementación. La importancia de la salud bucal en el marco de la salud general debe estar claramente establecida y este componente articulado y no solamente agregado como una actividad, sino que se comprenda el por qué es necesaria de allí la necesidad de incrementar la evidencia científica al respecto o por lo menos aumentar el reconocimiento de la evidencia existente y la sensibilización entre las demás áreas de la salud.

Considero que en las políticas más que identificar acciones concretas se deben identificar objetivos específicos puesto que se están interpretando las acciones allí descritas cómo cuestiones estrictas que se deben realizar y que al hacerlas ya se está cumpliendo el propósito en salud que es la base de la disposición legislativa.

En los documentos operativos revisados el 73% de los territorios posee el componente de SB de forma inconstante y con fallas, ningún territorio

evidenció un reporte destacable de la estrategia. Se observan dificultades en la planeación y en un reporte adecuado que dé cuenta de la implementación y sus resultados. Los informes encontrados dejan ver cuanta capacitación requieren los responsables en materia de salud pública y en aspectos concretos como planeación, en como priorizar el componente y en como incrementar la evidencia científica alrededor de la estrategia. Asimismo, las acciones territoriales complementarias no deben suplir el incumplimiento a nivel de los planes obligatorios por parte de las EPS.

La ley exige a los odontólogos fomentar medidas que beneficien la salud general de la comunidad dedicando el tiempo suficiente para hacer una evaluación adecuada de su salud bucal (ley 35 de 1989). No deben confundirse las indicaciones mínimas de política con los criterios científico-técnicos y del derecho a la salud de las personas. Parece que la norma se utiliza como una camisa de fuerza donde se cumplen unos reportes obligatorios y se desarrollan unas condiciones contractuales y de exigencia en la práctica para cumplir un listado de actividades en unas mínimas frecuencias y rangos de edades como si eso no fuera parte de una lógica basada en una necesidad sentida en las personas.

La norma identifica que las actividades preventivas no son de demanda espontánea por parte de las personas por lo cual es necesario generar unas acciones de demanda inducida para precisamente inducir a las personas la cuestión es ¿a qué? Se quiere inducir a unas actividades o inducir a un estado de salud por qué si se hace demanda inducida centrada en que necesito hacer estas actividades y se olvida que quizás lo que se está ofreciendo no es lo que necesita la persona para estar sana y si se restringen estas actividades en personas que lo necesitan y están fuera de este rango entonces se distorsiona y se le ponen trabas al acceso y esto es replicado por todos los actores involucrados. No se debe confundir la promoción de la salud con la promoción publicitaria de actividades realizadas en clínicas y hospitales. Tampoco podemos suscribir la salud bucal en el cepillado dental. En general la demanda inducida es de las acciones que más fallas en el enfoque presenta. Las iniciativas políticas locales mejoran las condiciones de implementación, aunque no logran el nivel de participación y el impacto esperado de acuerdo con los actores entrevistados.

Es recurrente utilizar las acciones preventivas como puerta de entrada para recibir atención odontológica y esto puede ser contraproducente en la medida que algunos pacientes se quejan, de acuerdo con los entrevistados y a los informes operativos, que esta situación dilata por semanas e incluso meses la atención que necesitan. Se evidenció a través de la resolución 5241 del 1994 la cual pese a estar derogada en el año

2000 aun impactaba la práctica, en apariencia promueve la realización de las actividades curativas a las de higiene luego de haber alcanzado mínimo un 15% máximo de placa y la motivación del paciente. Este enfoque persiste en la práctica de la atención preventiva y se asume de formas diversas entre los actores bien para incrementar resultados de gestión y/o aumentar o reducir la facturación a conveniencia.

Para los referentes se considera el entorno hospitalario y clínico cómo un espacio incompatible para realizar estas actividades debido a una dinámica aprendida (no soportada en la ley) de reducir la consulta a 20 minutos como máximo cuando en la norma este tiempo se identifica como mínimo. En los RIPS teniendo en cuenta los diagnósticos que le fueron asociados queda la duda si el registro de control de placa obedece al procedimiento específico de control de placa y lo que esto normativamente incorpora o solo a la eliminación la placa blanda para hacer otra actividad.

Este tipo de situaciones dan cuenta de la falta de capacitación, de la tergiversación y de la persistencia de algunas disposiciones normativas que ya no están vigentes. Otro ejemplo radica en comentarios de los entrevistados en cuanto al temor de que una aplicación de flúor en barniz no sea pagada por la aseguradora en un caso que se considere necesario por no estar dentro del rango de edad sugerido por la norma técnica, esto es una violación en el derecho a la salud de las personas que está por encima de cualquier sugerencia técnica siempre y cuando tenga el soporte clínico suficiente. Es necesario que se incrementen las capacidades de trabajo en equipo entre auxiliares y odontólogos, el alcance que tienen los auxiliares en el marco de la prevención, en como intervenir en las personas, en el desarrollo de estrategias innovadoras. Es necesario también que las asistencias técnicas y las auditorías sean espacios que con las herramientas necesarias puedan hacer el control y seguimiento requerido, pero también puedan incrementar efectivamente las capacidades esenciales tan urgidas que deben tener de los actores involucrados en la implementación.

Una barrera evidente está asociada con los recursos disponibles desde los documentos operativos y las entrevistas, se identifica talento humano insuficiente con sobrecarga laboral subcontratado y que labora con insumos mínimos para una adecuada prestación. la sobrecarga laboral también se encuentra en el personal encargado de la inspección vigilancia y control. En algunos documentos de auditoría se reporta el efecto negativo que ejercen las condiciones de contratación por periodos cortos de tiempo la continuidad de los programas propuestos. En los informes operativos se reporta falta de oportunidad en las decisiones por parte de

los gerentes de instituciones prestadoras poca disponibilidad para apoyar las convocatorias y actividades preventivas en salud bucal retrasos en la contratación de las actividades y del personal responsable falta de actividades de inducción y empalme.

Existen dificultades en el proceso de articulación, entre las actividades realizadas por prestadores públicos y privados dónde de acuerdo con los documentos operativos y las entrevistas los profesionales independientes no apoyan la estrategia preventiva en salud bucal impulsada del sistema de salud. También existen problemas de articulación entre los prestadores, aseguradores y entidades territoriales favoreciendo la sobre intervención en algunas poblaciones y la generación de acciones aisladas y no otras.

En los informes se sugiere que la demanda de acciones preventivas es reducida debido al desconocimiento de la estrategia por parte de los pacientes, su percepción de la salud bucal como algo poco prioritario. Se reporta que algunos usuarios al parecer no pueden costear los elementos de higiene y el traslado continuo a los servicios de salud hasta la finalización de las intervenciones incluyendo los permisos laborales y escolares continuos para asistir. Se describe que los pacientes perciben dificultad para conseguir citas y falta de oportunidad en la atención encareciendo y demorando más el objetivo de terminar la intervención y esto, de manera innecesaria dada la sencillez de los procedimientos. Agregan dificultades en la continuidad de las intervenciones debido a los cambios continuos en los prestadores y profesionales por lo cual los tratamientos son reevaluados y orientados de manera diferente. Las acciones dirigidas con un enfoque diferencial por ejemplo a poblaciones indígenas son prácticamente inexistentes y la información que generan los territorios no es útil para impulsar los cambios que demanda la implementación.

Un hallazgo recurrente entre las entrevistas, documentos normativos, y operativos corresponde a la fragmentación de las ideas en torno a la prevención en salud bucal y como esta se desarrolla entre las plataformas programáticas que posee el sistema de salud de Colombia a través de diferentes políticas. En un espectro amplio de leyes y disposiciones que también cambian de manera continuada, la prevención en salud bucal esta dispersa, es difuso comprender su concepto y alcance.

El éxito en la implementación de una intervención en salud radica inicialmente en saber qué es lo que se quiere intervenir y esto parece no estar claro. La prevención en salud bucal se debe redefinir en las políticas nacionales. Si la norma técnica o las rutas de atención hablan de

prevención en salud bucal es necesario entender que se quiere prevenir para poder llevar a cabo mediciones de aquello que quiere evitarse. La salud bucal no solo depende de la presencia de caries o enfermedad periodontal desde allí se debe partir, la norma técnica de salud bucal no debe tener su centro en ello. El concepto de salud bucal alineado con una política actualizada desde lo ético en el ejercicio profesional debe incorporarse en la norma para saber a qué apunta este logro, más allá de solo reducir cariosos obturados y perdidos o simplemente en los documentos no hablar de salud bucal sino de salud dental.

El problema de pensar salud con un enfoque sobredimensionado en lo económico es el problema de fondo y conlleva a incentivos y relaciones de poder que, aunque la norma sea flexible y parta de "*la buena fé*" MSP000, afianzó una forma de implementación que entra en conflicto con lo que la prevención pueda aportar para tener salud. Esa dinámica se nutre de un lenguaje que retiene el modelo. Dentro de todo lo evidenciado, el lenguaje es fundamental para construir representaciones de la realidad, si los documentos guía, lineamientos, protocolos, formatos educativos y otras herramientas recurrentemente asocian la salud bucal con el estado dental y el conteo de procedimientos no avanzaremos mucho en la búsqueda de personas realmente sanas. Es poco lo que puede significar una estrategia preventiva en salud bucal centrada en cuantos dientes están sanos.

A mi parecer la estrategia en salud bucal como está debería replantearse profundamente y con ello las metas de sellantes y flúor. Recomendaría solo establecer una valoración por odontología que incluya un control de placa a manera de tamizaje esta valoración debe activar una ruta de manejo que será evaluada de acuerdo con el estado de los pacientes. Por otra parte, es necesario mayor pedagogía a nivel de las direcciones territoriales para llevar a cabo verdaderos programas complementarios en salud bucal que puedan impactar en lo colectivo. Las políticas de salud no deberían mostrar estrategias específicas sino objetivos específicos que pueden ser acompañados por instrumentos operativos que muestren una variedad de estrategias posibles que puedan ser un punto de partida de acuerdo con las necesidades del territorio y que orienten su planeación.

En realidad, sí se necesita un instrumento de política en salud bucal que le permita a los actores involucrados comprender fácilmente el marco complejo en el que está inmersa la salud bucal y todas las posibilidades y plataformas en los que ésta se puede articular para generar acciones preventivas no sólo de la caries y la enfermedad periodontal pues esto pese a su prevalencia parece no impactar la percepción de prioridad tanto en las personas como en las demás áreas de la salud. Hay que trabajar

más en los objetivos y más en la información que se debe generar de la implementación también en los indicadores que permita evaluar esos resultados para que esa información sea realmente útil y haya un proceso de retroalimentación positiva constante.

Desde las convencionales lógicas utilitaristas en el discurso de los responsables del sistema de salud, la priorización que los tomadores de decisiones puedan darle a algo así de reducido y además con escasa evidencia que la soporte es poco probable. El discurso preventivo en este ámbito debe acompañarse de investigación aplicada y estrategias de diseminación apropiadas y suficientes para comenzar a reeducar a los implementadores y a la población objetivo en cuanto a su salud bucal en el marco de su salud general, también inspirando a las nuevas generaciones. Parece que la odontología adolece de baja autoestima con desconfianza hasta de los fundamentos científicos que la validan.

Los referentes repiten y adaptan sus esquemas de valor desde las conductas y creencias que observan en sus entornos de trabajo, actúan al margen del miedo y el desconocimiento aparente ante un estricto seguimiento a sus funciones valoradas en torno a las utilidades generadas a sus contratantes. En respuesta a esta situación los hallazgos apuntan a la necesidad de fortalecer redes de comunicación, los actores anhelan sentirse representados desde un colectivo fuerte que inspire el reconocimiento integro de la salud bucal y su significado en la vida de las personas y como indicador del desarrollo humano, que proponga espacios de participación efectivos, aporte en la diseminación de las iniciativas y donde puedan compartir opiniones y experiencias más allá de lo académico abriendo espacio también a los actores del sistema de salud, incluso protegiendo sus condiciones laborales.

Es solo a partir de ejercicios activos de participación que los cambios que se requieren puedan responder a las necesidades que emergen durante la implementación de la estrategia a través del abordaje de puntos clave como los conocimientos y creencias que se tienen de ella para favorecer un clima de aprendizaje que sensibilice y oriente a sus responsables. El estado tiene la obligación de disponer sus recursos (económicos y humanos) para hacer efectivo el derecho, pero también tiene la obligación de respetar su ejercicio. Documento PDSP, p.51

La participación bien enfocada y a través de un colectivo fuerte podría impulsar cambios en menos tiempo. También es necesario que las personas beneficiarias participen de la construcción continua de la estrategia de atención preventiva en salud bucal. Se pudo identificar como las exigencias que están en incremento de manera progresiva entre los

pacientes para recibir tratamientos odontológicos de rehabilitación está llamando la atención entre los encargados en todos los niveles del sistema debido al costo que esto representa pero que no puede evadirse debido a que hace parte del derecho de las personas.

Las entidades territoriales son agentes clave. Las iniciativas de norma más recientes propenden al fortalecimiento de las direcciones territoriales como líderes dentro del proceso de organización del sistema de salud en sus territorios aspecto que ya se ha venido planteando desde resoluciones anteriores cómo la 1536 del 2015 o la 425 del 2008 sin embargo las disposiciones están, pero la problemática se concentra en relaciones de poder por lo cual es necesario incrementar la autoridad sanitaria. Si las decisiones en salud van a partir de una caracterización realizada por la aseguradora ya desde el inicio vamos a identificar ciertas limitaciones en la práctica donde los programas finalmente escogidos partirán de un análisis previo por parte de las EPS no porque sean un problema per se pero si presenta un conflicto de interés, incluso desde los reportado por prestadores los cuales también comienzan a reproducir dinámicas de atención basados en la utilidad financiera cuestionables al interior de sus organizaciones.

En las entrevistas fue mencionado, teniendo en cuenta algunos resultados del ENSAB IV, que el odontólogo puede ser un factor de riesgo para la persistencia de la enfermedad bucal. Esto es una cuestión que hay que abordar detalladamente ya que al centrar las acciones bucales a metas indiscriminadas o a consideraciones netamente estéticas con protocolos diseñados desde industrias cosméticas y farmacéuticas se puede estar afectando el discurso y la práctica preventiva de manera estructural y con ello la relevancia que puedan tener las intervenciones preventivas en odontología entre la población y las demás áreas de la salud, incluso el significado de la profesión en sí misma y la sostenibilidad de su práctica en el tiempo.

Recomendaciones

- Resalto como recomendación la necesidad de un dialogo abierto y transparente en el gremio en cuanto a la forma como lleva a cabo su práctica clínica. Discusiones en torno a los protocolos y sus experiencias de trabajo, esto nos permitiría también ampliar la evidencia en basada en la práctica clínica.
- Se necesita un lineamiento que integre las disposiciones vigentes y que le conciernan a este componente incorporando una articulación clara con las demás políticas vigentes.
- Se necesitan instrumentos operativos que orienten la planeación de este componente por parte de los responsables, con opciones terapéuticas variadas y mediante mecanismos de diseminación con bases pedagógicas y de las ciencias de información y comunicación que puedan educar y guiar las acciones realizadas por los involucrados, más allá de normas que posiblemente no son el mejor mecanismo para diseminar actualizaciones en los abordajes clínicos y de planeación, saturando innecesariamente el corpus legal.
- Debe revisarse la resolución 114 enero 2004 "Por la cual se reglamenta la información promocional o publicitaria de los medicamentos de venta sin prescripción facultativa o venta libre" y comenzar a trabajar en aquellos productos y estrategias de venta que pueden afectar las acciones preventivas en salud bucal.
- Es necesario enriquecer el espectro de la estrategia preventiva con otras normas que puedan ser utilizadas para articular acciones preventivas como la del tabaquismo, la del adulto mayor, las que se desarrollen en torno al COVID-19 por ejemplo en lo relativo al impacto de la higiene bucal en la biocarga viral a nivel orofaríngeo.
- Debe considerarse la redefinición de los procedimientos por metas. Las únicas metas deberían ser la valoración integral por odontología y los logros en salud igualmente con un enfoque integral.
- Los documentos de política no deberían sugerir acciones específicas, sino objetivos específicos, para evitar convertir la norma en una camisa de fuerza para los que suelen implementar de manera estricta, sin importar si se logra el objetivo o no, respaldándose en la ejecución de la intervención.
- Debe revisarse y ajustarse el reporte de diagnósticos que acompañan las actividades de atención preventiva para la salud bucal.

- Debe considerarse la posibilidad de categorías más específicas para identificar quien realmente realiza la atención, hasta el momento no hay una categoría para odontólogo o auxiliar en salud bucal.
- Debe revisarse las categorías para el valor del copago.
- El riesgo de sub o sobre intervención es alto debido a la ausencia de registros útiles de las actividades, la falta de coordinación de las acciones. Debe seguir insistiéndose en el logro de un registro único efectivo.
- Debe considerarse la integración de diagnósticos de base como enfermedades sistémicas con los procedimientos preventivos odontológicos desde el RIPS.
- La planeación y los indicadores de implementación y resultados deben dar cuenta de un verdadero enfoque diferencial, el cual supone una organización de las acciones y programas que den cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación.
- Debe haber correspondencia entre los documentos de base y los que se generen para apoyar lo operativo, como por ejemplo la forma como se aborda la salud bucal en los objetivos de la dimensión Vida Saludable y condiciones no transmisibles en el documento base del Plan Decena de Salud Pública, pues difiere negativamente con respecto a lo reescrito en el documento ABC del plan de salud pública, omitiendo palabras como mejorar la accesibilidad, atención integral e integrada o excluyendo la salud bucal en el objetivo Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades.
- Aumentar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y asequibilidad equitativa de insumos esenciales como cremas y cepillos, esto debería ser gratuito como cualquier medicamento para una ENT.
- La obligación no es responder a las metas, es hacer lo que el paciente necesite. O se tiene derecho pleno o no se tiene
- Se debe considerar la posibilidad de generar al menos un espacio anual con el personal responsable de la implementación para incrementar sus capacidades y compartir experiencias.
- Las normas se superponen un ejemplo fue el PAB que posteriormente entra en conflicto con la resolución 412 del 2000. Antes de sacar leyes es necesario evaluar que continúa en vigencia, además la incorporación de nuevas disposiciones necesita un proceso de adopción, pedagógico y de evaluación continua para su ajuste.
- Es de aclarar entre los actores involucrados que no se debe confundir los reportes obligatorios con la ejecución obligatoria, pues

estos son solo a manera de control. Existe una responsabilidad mayor de proteger la vida a través de la garantía de la salud de las personas. Ver artículo 8 de la resolución 4505.

- El costo reportado en copagos relacionado con procedimientos odontológicos preventivos corresponde a un 76,20% igual a \$0 y un 23,79% superiores a \$0. Este dato es complejo dado que los lineamientos de RIPS tienen el código 0 Para identificar también Cobros por paquete de servicios por lo cual no fue posible para esta investigación identificar si realmente se está cobrando o no.
- Lo incluido en las RIAS no incrementa de manera importante derechos adquiridos previamente. Afina en cuanto a la estructuración de la atención en el marco amplio de rutas para la salud integral, aspectos de historia clínica y caracterización de pacientes. Sin embargo, reduce la atención en mayor de 18 años y donde se detallan las intervenciones para la familia como sujeto de atención el odontólogo no hace parte del equipo de valoración integral. Se debe hacer énfasis en la importancia de la autonomía profesional, para evitar potenciales confusiones que conlleven a la exclusión. Debería articularse la salud bucal con la atención para la promoción de la alimentación y nutrición. La incorporación de las acciones en salud bucal desde el nivel colectivo va a depender mucho de las capacidades científicas y de liderazgo de los involucrados ya que estas no se encuentran especificadas para darle la relevancia que se requiere y también dependerá de las prioridades de los Planes territoriales de Salud.
- Pensar acciones de protección específica en salud bucal con enfoque ocupacional.

Referencias

1. Society For Implementation Research Collaboration. Instrumentos de aceptabilidad - SIRC [Internet]. [cited 2019 Apr 22]. Available from: <https://societyforimplementationresearchcollaboration.org/acceptability-measures/>
2. Glick M, Williams DM, Kleinman D V., Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Br Dent J*. 2016;221(12):792-3.
3. Otomo-Corgel J, Pucher JJ, Rethman MP, Reynolds MA. State of the science: Chronic periodontitis and systemic health. *J Evid Based Dent Pract* [Internet]. 2012;12(3 SUPPL.):20-8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1532-3382\(12\)70006-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1532-3382(12)70006-4)
4. FDI. Atlas de Salud Bucodental-Enfermedades bucodentales [Internet]. Federación Dental Internacional. 2015. 1-63 p. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spr_eads_oh2_spanish.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa [Internet]. Salud bucodental Nota informativa N°318. 2012. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
6. Patricia Y, Cuesta R, Cesar IJ, González P, Isabel II, Correa C, et al. Nivel de información de los médicos acerca de la asociación entre periodontitis y algunas enfermedades sistémicas Information level of physicians on the association between periodontitis and certain systemic diseases. *Rev Arch Médico Camagüey* [Internet]. 2013;vol.16 no.:1693-703. Available from: <https://translate.google.com.co/?hl=es-419#en/es/tags>
7. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2005;83(9):661-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16211157> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2626328>
8. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: A systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592-7.
9. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit*. 2012;26(SUPPL.1):20-6.
10. Gottero L. Atención primaria de la salud. Continuidades neoliberales en la "asistencia centrada en la persona." *Rev Ciencias la Salud*. 2012;10(3):369-85.
11. Otálvaro G, Colorado A, Gomez J, Elorza J, Cardenas N, Garcia J, et al. Gestión territorial de la salud: perspectivas , aprendizajes y aportes a la práctica. 2017. 1-202 p.
12. Alcaldía de Medellín. Lineamientos de Política Pública de Salud Bucal de Medellín. La Boca Convoca 2013-2022 [Internet]. Universidad de Antioquia, editor. 2013. Available from: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/6f16d8c0-aa89-49f5-8d35-948c1d041c8c/Lineamientos.pdf?MOD=AJPERES>

13. Mosquera Méndez PA, Granados Hidalgo G, Vega Romero R. The Strategy of Primary Health Care for Bogotá - Colombia and its Relationship with the decrease of inequities in Health Results. *Rev Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 7(14):88–109. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
14. Organización Mundial de la Salud, Salud Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud [Internet]. Washington DC; 2009. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124-REC1/B124_REC1-sp.pdf
15. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. Resolución No. 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y . Bogotá DF; 2018 p. 348.
16. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Norma Técnica para la atención preventiva en Salud Bucal [Internet]. 2000 p. 1–20. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/2Atencion Preventiva Salud bucal.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. Resolución 412 de 2000. "Por la cual se establecen las actividades , procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección espec. 2000 p. 12.
18. Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. MINSALUD. Resolución 276 de 2019. 2019;1:10.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 489 de 2019 por la cual se modifica la Resolución No. 429 de 2016 [Internet]. Bogota; 2019 p. 2. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 489 de 2019.pdf
20. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. Republica de Colombia. Proyecto de Resolución: "Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento." 2019 p. 1–10.
21. Franco AM, Martínez CM, González MC. Los Programas Preventivos de Salud Bucal en el Contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ACFO, Universidad Autónoma de Manizales, Instituto de Ciencias de la Salud CES, Colgate, editors. Medellín; 2003. 96 p.
22. Franco Á, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia* [Internet]. 2009;15(2):78–90. Available from: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/3246>
23. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. IV Estudio Nacional De Salud Bucal - ENSAB IV. "Para Saber Cómo Estamos y Saber que Hacemos." Vol. 3, Colombia. 2014.

24. Alberto H, Gaviria M. La calidad de la atención en salud , más allá de la mirada técnica y normativa. *Invest Educ Enferm.* 2010;28(1):77–86.
25. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia. Aceptado *Rev salud pública* [Internet]. 2007;9(91):26–38. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/422/42290103.pdf>
26. A.S. M-P, Mogollon-Perez AS, Vazquez ML, Saúde C, Pública, Rio. Factors affecting access to health care institutions by the internally displaced population in Colombia. Factores que inciden en el acceso la Poblac desplazada a las Inst prestadoras Serv salud en Colomb [Internet]. 2008;24(4):745–54. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/04.pdf> <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=351520256>
27. Otálvaro G, Zuluaga Salazar S. Políticas de salud bucal en Colombia . Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. *Univ Odontol.* 2019;38(80):47.
28. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;33(3). Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/21734>
29. Ramos Morcillo JA, Armero Barranco D. Diseño y validación de un instrumento para medir las actitudes en enfermeras y médicos de atención primaria ante las actividades preventivas y de promoción. Universidad de Murcia. 2013.
30. Restrepo Zea JH. “Cobertura y costos de los servicios de salud bucal en el plan de beneficios” Proyecto: Análisis de la suficiencia de la UPC para servicios de salud bucal”. Universidad de Antioquia; 2018.
31. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. La realidad de los hospitales y clínicas. Bogotá DC; 2018.
32. Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estados y Hospitales Públicos. EPS podrían ocasionar la crisis de salud más grave de la historia | ACESI [Internet]. [cited 2019 Jun 8]. Available from: <http://acesi.com.co/?p=532>
33. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4(1):1–15.
34. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res.* 2011;38(2):65–76.
35. CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research. Constructs | The Consolidated Framework for Implementation Research [Internet]. [cited 2019 Jun 10]. Available from: <https://cfirguide.org/constructs/>
36. CFIR. Category:Constructs - CFIR Wiki [Internet]. [cited 2019 Jun 10]. Available from: <http://cfirwiki.net/wiki/index.php?title=Category:Constructs>

37. Agudelo Suárez A, Martínez Flores L, Madrid Gutiérrez L. Panorama de la fluorosis dental en Colombia: una revisión exploratoria de la literatura. *Univ Odontol.* 2013;32(68):133–45.
38. Ministerio de Salud y protección Social. Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia , Infancia y Adolescencia “ Soy Generación más Sonriente ” Subdirección de Enfermedades Crónicas no. 2019.
39. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 [Internet]. Bogotá DF; 2012 p. 452. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Document o-completo-PDSP.pdf>
40. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci* [Internet]. 2013;8(1):1. Available from: *Implementation Science*
41. Ochoa SP, Ospina CA, Colorado KJ, Montoya YP, Saldarriaga AF, Miranda M, et al. Periodontal condition and tooth loss in diabetic patients. *Biomédica.* 2012;32(1).
42. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. Resolución 429 de 2016 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud PAIS” [Internet]. Bogotá DF; 2016. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá DF; 2016 p. 106. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
44. Buzalaf MAR, Pessan JP, Honório HM, Cate JM ten. Mechanisms of Action of Fluoride for. *Monogr Oral Sci* [Internet]. 2011;22:97–114. Available from: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowAbstract&ArtikelNr=325151&ProduktNr=254957%0Apapers3://publication/uuid/821AC49C-2135-4D56-887E-A4865905C9D9>
45. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. *Public Health Nutr.* 2008;4(2b):1–19.
46. Marinho V, Higgins J, Logan S, Sheiham A, Vcc M, Jpt H, et al. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). 2003;(1). Available from: <http://discovery.ucl.ac.uk/30731/>
47. Feldens CA, Vítole MR, De Lourdes Drachler M. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(3):215–23.
48. Pérez Luyo AG. ¿Es la caries dental una enfermedad infecciosa y transmisible? *Rev Estomatológica Hered.* 2016;19(2):118.
49. Vcc M, Jpt H, Logan S, Sheiham A. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for

- preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art.No.:CD002782. 2009;(4).
50. Damle SG, Yadav R, Garg S, Dhindsa A, Beniwal V, Loomba A, et al. Transmission of mutans streptococci in mother-child pairs. *Indian J Med Res.* 2016;144(August):264–70.
51. Torres-Ramos G, Blanco-Victorio DJ, Anticona Huaynate C, Ricse-Cisneros R. Gastos de atención odontológica de niños con caries de infancia temprana, ocasionados a la familia y al Estado Peruano, representado por el Instituto Nacional de Salud del Niño. *Rev Estomatológica Hered.* 2016;25(1):36.
52. Abusleme L, Dupuy AK, Dutzan N, Silva N, Burleson JA, Strausbaugh LD, et al. The subgingival microbiome in health and periodontitis and its relationship with community biomass and inflammation. *ISME J.* 2013;7(5):1016–25.
53. Ocampo PV. Enfoque salubrista de la enfermedad periodontal. *Rev Iberoam Ciencias.* 2015;2(2):179–89.
54. George A, Dahlen HG, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Ellis S, et al. Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: A Multi Centre Randomised Controlled Trial. *Int J Nurs Stud [Internet].* 2018;82(March):49–57. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.006>
55. Diseases D, Disease DD, Is WHY, Happening T. *Dental Diseases and Oral Health Facts : Global Strategy on.* World Heal Organ. 2003;2.
56. Campaña Proenza O V, Ilisástigui Ortueta ZT, Rodríguez Calzadilla A. Diagnóstico educativo y capacitación periodontal. *Rev Cubana Estomatol [Internet].* 2002 [cited 2019 Apr 16];39(3):352–73. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
57. Chestnutt IG, Hutchings S, Playle R, Trimmer SM, Fitzsimmons D, Aawar N, et al. Seal or varnish? A randomised controlled trial to determine the relative cost and effectiveness of pit and fissure sealant and fluoride varnish in preventing dental decay. *Health Technol Assess (Rockv).* 2017;21(21).
58. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. *Análisis de Situación de Salud Departamento de Antioquia.* Medellín; 2017.
59. Municipio de Ciudad Bolívar- Antioquia. *Análisis de Situación de Salud del Municipio de Ciudad Bolívar-Antioquia a 2018.* Ciudad Bolívar; 2018.
60. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. *Sistema Integrado de Información de la Protección Social [Internet].* 2019. Available from: <https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/construya-su-consulta-afiliaciones-en-salud.aspx>
61. Congreso de la República de Colombia. Ley número 100 (1993/12/23) “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.” República de Colombia 1993 p. 1–500.
62. Pardo Romero FF, Hernández Flores LJ, Maldonado Maldonado LA. Tensiones en el abordaje de la salud bucal en Colombia: caso ENSAB IV. *Univ Odontol.* 2019;38(80):35.
63. Organización Panamericana de la salud. *Perfil De Los Sistemas De Salud. Colombia. Vol. 3, Biblioteca OPS.* 2015. 1–56 p.

64. Departamento Nacional de Planeación del Gobierno de Colombia. Plan Nacional de Desarrollo "Todos por un nuevo país: paz equidad educación" (2014-2018) [Internet]. 2014 p. 783. Available from: <https://goo.gl/wuDSYZ>
65. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med* [Internet]. 2010;70(6):904–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>
66. Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 1978.
67. Martínez MC, Tolcachir B, Ferrer AL De, Bojanich MA. COMPARATIVE STUDY OF PREVENTIVE PROTOCOLS. 2012;25:218–22.
68. Oh HJ, Oh HW, Lee DW, Kim CH, Ahn JY, Kim Y, et al. Chronologic Trends in Studies on Fluoride Mechanisms of Action. *J Dent Res*. 2017;96(12):1353–60.
69. Walsh T, Hv W, Am G, Appelbe P, Vcc M, Shi X. Walsh T, Worthington HV, Glenn AM, Appelbe P, Marinho VCC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD007868. 2010;(2).
70. Riley P, Moore D, Ahmed F, Mo S, Hv W, Riley P, et al. Xylitol-containing products for preventing dental caries in children and adults (Review) Xylitol-containing products for preventing dental caries in children and adults. 2015;(3):3–6.
71. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, Damschroder L. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci* [Internet]. 2016;11(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>
72. Pitts NB. Are we ready to move from operative to non-operative/preventive treatment of dental caries in clinical practice? *Caries Res*. 2004;38(3):294–304.
73. Pritchard RD, Karasick BW. The effects of organizational climate on managerial job performance and job satisfaction. *Organ Behav Hum Perform*. 1973;9(1):126–46.
74. Creswell JW, Klassen A, Plano V, Smith K. Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. *Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences*. 2014. 39 p.
75. Trujillo Cardona E, Rangel V. Estructura y tendencia de la morbilidad de la boca y los dientes atendida por consulta externa odontológica, según RIPS entre los años 2009 a 2017, Medellín, Colombia. Elizabeth. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2018.
76. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB. Colombia; 2019 p. 54.
77. Ministerio de Salud y Protección Social MINSALUD. Republica de Colombia. Análisis de la situación de salud de Colombia 2002-2007. Vol. 7. Bogotá DC; 2010. 114 p.

78. Ramirez R. Caracterización de la calidad de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud e historias clínicas generados en una IPS en Servicios de Salud Oral en Medellín, 2017. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia; 2018.
79. Ulin PR, Tolley ETREE. aplicada en salud pública Métodos cualitativos. 2006;1-304.
80. Hernandez Sampieri R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES SADCV, editor. México; 2014. 597 p.
81. Peters DH, Tran NT, Adam T. Implementation Research in Health: A Practical Guide. Alliance Heal Policy Syst Res [Internet]. 2013;69. Available from: http://who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_irpguide.pdf
82. Duarte Pinzón NA, Abril Vivas RA. Análisis de Resultados de las Políticas Públicas en Salud Oral en Bogotá en el periodo comprendido entre 1999- 2014. Santo Tomás de Colombia; 2016.
83. Fernandez P. Análisis de las Percepciones de la política de atención integral en salud desde los actores del sistema. Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
84. Restrepo-zea JH, Silva-maya C, Andrade-rivas F, Vh-dover R. Acceso a servicios de salud : análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín , Colombia * Access to Health Services : Analysis of Barriers and Strategies in Medellín , Colombia Acesso aos serviços de saúde: análise de barreiras e estratégias n. Rev Gerenc Polít Salud. 2014;13(27):242-65.
85. Villalobos M. Limitaciones de la autonomía de los odontólogos en el sistema de salud colombiano actual. Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
86. Cortéz A, Yepes F. Pago por desempeño en el sistema de salud colombiano. Editorial. Bogotá-Colombia; 2012.
87. Echavarria N. Acceso a los servicios curativos de salud oral en escolares de la localidad de Fontibón de Bogotá D.C., 2009. Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
88. González-Penagos C, Cano-Gómez MC-G, Meneses-Gómez EJ, Vivares-Builes AM. Perceptions of children's oral health. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv. 2015;13(2):715-24.
89. Alonso LM, Uribe CVC. La educación para la salud, un reto actual. Salud Uninorte. 2010;26(1).
90. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral. 2016;9(2):193-202.
91. Alzate-Urrea S, Agudelo-Suárez AA, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, Posada-López A, et al. Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. Rev Gerenc y Polit Salud. 2015;14(29):83-96.
92. Oliver J. Barreras en el acceso a los servicios de salud en la población adulta mayor en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla en el año 2015. Universidad del Valle; 2018.
93. Parga J. Evaluación del proceso de implementación de la estrategia de atención primaria en salud (APS) en el municipio de Palmira entre 2012 - 2014. Universidad del Valle; 2015.

94. Borrero CM. La inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2014;46(1):35-45.
95. Virgüez, Lady. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén. [Internet]. Vol. 2002. Pontificia Universidad Javeriana; 2016. Available from: [http://waset.org/publications/14223/soil-resistivity-data-computations-single-and-two-layer-soil-resistivity-structure-and-its-implication-on-earthing-design%0Ahttp://www.jo-mo.com/fadoohelp/data/DotNet/Ethical securty.pdf%0Ahttp://link.springer.com/10.10](http://waset.org/publications/14223/soil-resistivity-data-computations-single-and-two-layer-soil-resistivity-structure-and-its-implication-on-earthing-design%0Ahttp://www.jo-mo.com/fadoohelp/data/DotNet/Ethical%0Ahttp://link.springer.com/10.10)
96. Astrid C, Valencia Q, Restrepo OD. Barreras De Acceso a La Atención Odontológica Durante La Primera Infancia. Medellín, 2007. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. 2014;25(2):325-41.
97. Franco-cortés ÁM, Otálvaro-castro GJ, Ochoa-acosta E, Ramírez-puerta S, Escobar-paucar G, Hernández-paternina G, et al. Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes , Antioquia , Colombia . Un Inequities in Early Childhood Health in the Municipality of Andes , Antioquia , Colombia . A Critical Epidemiology Analysis As desigualdades na saúde na infân. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2016;15(31):246-61.
98. Reina Bolaños C. Barreras y facilitadores para la continuidad en la experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud de una entidad territorial de salud en colombia. Universidad del Valle; 2018.
99. Ochoa-Acosta EM, Roldán-Vargas O, Franco-Cortés ÁM, Ramírez-Puerta BS, Mejía Pineda OL. El ambiente escolar y la educación para la salud bucal en instituciones educativas oficiales pertenecientes a la estrategia "Escuelas Saludables", Secretaría de Salud de Medellín. *Rev Nac Odontol*. 2014;10(19):47-54.
100. Alonso A, Suárez A, Fernanda L, Gómez D, Mercedes M, Cifuentes T, et al. Alcances y limitaciones del f luor dentro de la política pública en salud bucal en colombia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2008;33-44.
101. Aduy MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2013;33(3):223-9.
102. Yepes PFJ. Editorial ¿ Por qué la crisis multisistémica de la salud ? Why is the multisystemic health crises ? Por que a crise multisistêmica da saúde ? 2013;12(24):5-7.
103. ARÉVALO PEDRAZA JS. Ley Estatutaria De Salud Y Política De Atención Integral En Salud: ¿Nuevo Modelo De Salud Enfocado Hacia La Gobernanza? Análisis De Caso Del Sistema De Salud Del Municipio De Tuluá En El Departamento Del Valle. Pontif Univ Javeriana [Internet]. 2016;1689-99. Available from: <http://hdl.handle.net/10554/20458>
104. Jaime G, Castro O, Milena S, Salazar Z, Jaime G, Castro O, et al. DE LA REFORMA ESTRUCTURAL DEL ESTADO DE FINALES DEL SIGLO XX : COLOMBIA CHANGES OF DENTAL PRACTICE IN THE CONTEXT OF STRUCTURAL REFORM OF THE STATE IN THE LATE XX CENTURY . CONFLUENCE TOWARDS

DEPROFESSIONALIZATION OF DENTISTRY IN COLOMBIA de los 90 , han . 2014;25(c):27-38.

105. Esperanza G. Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia: evaluación de un programa para la promoción de salud bucal en la primera infancia / Kindergarten of the National University of Colombia: Evaluation of a Health Promotion Program for the Early [...]. Univ Odontol. 2012;31(66):59-74.

106. Abadía-Barrero CE, Martínez-Parra AG. Care and consumption: A Latin American social medicine's conceptual framework to comprehend oral health inequalities. Glob Public Health. 2017;12(10):1228-41.

107. Jaimes LG, Martínez Martínez K, Rojas Mantilla P. Evaluación de la dinámica del uso de los cepilleros en la institución educativa yira castro de Bucaramanga apoyados en la comunidad docente en los años 2015-2016 [Internet]. 2015. Available from: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9127/GomezJaimesLorenaMartinezMartinezKatherineRojasMantillaPaula2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

108. Sahin I, Rogers F. Detailed Review of Rogers ' Diffusion of Innovations Theory and Educational Technology-Related Studies Based on Rogers '. 2006;5(2):14-23.

109. Prochaska JO, Velicer WF: The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot 1997, 12:38-48.

110. Rogers E: Diffusion of Innovations 5th edition. New York, NY: Free Press; 2003.

Anexos

Anexo 1. Aval comité de programa, y Comité de ética. Maestría en Epidemiología Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.



MEPI-308-2019

Medellín, 20 de agosto de 2019

Estudiante
LUISA FERNANDA BARRIGA PERIÑAN
Maestría en Epidemiología
Cohorte 17-TDR
Presente

Cordial Saludo.

El Comité de Programa de la Maestría en Epidemiología (acta 011), **confirió aval como trabajo de grado al proyecto de investigación:**

“BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL, PERSPECTIVAS PARA LA ADOPCIÓN DE LAS RIAS. COLOMBIA AÑO 2019-2020”

Se realizó la evaluación y verificación de los ajustes al protocolo, a partir de las observaciones del Coloquio. En detalle se dio respuesta a las recomendaciones efectuadas.

El Comité determinó que la propuesta cumple con los requisitos científico-técnicos requeridos para el nivel de formación.

Deberá adelantar la presentación para el aval ante el Comité Ética, y, la suscripción del proyecto en el Centro de Investigaciones de nuestra Facultad.

Le deseamos éxitos en su proceso investigativo.

Atentamente,



JUAN FERNANDO SALDARRIGA FRANCO.
Coordinador Maestría en Epidemiología.

Copia: Profesor Gabriel Jaime Otálvaro Castro. Director Trabajo Investigación.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Héctor Abad Gómez

21030002 - 00301 – 2019

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

Certificación

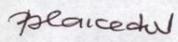
El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, en la sesión 220 del 11 de octubre de 2019, revisó y avaló en sus componentes éticos e instrumentos a emplear el proyecto ***Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal, perspectivas para la adopción de las RIAS. Colombia 2019***

El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.

El proyecto de investigación cuenta con consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Atentamente,


MARGARITA MONTOYA M.
Presidente


BEATRIZ CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI
Teléfono: 219 68 37
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
Héctor Abad Gómez

21030002 - 00301 – 2019

Comité de Ética de la Investigación
Centro de Investigación
Facultad Nacional de Salud Pública

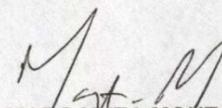
Certificación

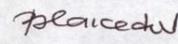
El Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, en la sesión 220 del 11 de octubre de 2019, revisó y avaló en sus componentes éticos e instrumentos a emplear el proyecto ***Barreras y facilitadores para la implementación de la estrategia de atención preventiva en salud bucal, perspectivas para la adopción de las RIAS. Colombia 2019***

El comité da aval al proyecto en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud.

El proyecto de investigación cuenta con consentimiento informado según lo establecido en los artículos 15 y 16 de la Resolución 8430 de 1993.

Atentamente,


MARGARITA MONTOYA M.
Presidente


BEATRIZ CAICEDO VELÁSQUEZ
Secretaria

Proyectó: Jhon Smith Arenas– Asistente Administrativo CEI
Teléfono: 219 68 37
Correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co

Anexo 2. CFIR libro de códigos

Esta plantilla solo incluye definiciones de CFIR y criterios de codificación; los libros de códigos pueden incluir otra información, como ejemplos de texto codificado, pautas de calificación y preguntas relacionadas con la entrevista.

I. Características de la intervención
<p>A. Origen de la estrategia</p> <p>Definición: Fuente que da origen a la estrategia. Percepción de las partes interesadas clave sobre si la estrategia de atención preventiva en salud oral se desarrolla de manera externa a ellos, sin involucrarlos o si ellos perciben que se tuvo en cuenta sus condiciones particulares y fue tomada en cuenta su opinión al respecto en el diseño de este componente.</p> <p>Justificación: Se considera que la percepción de las partes interesadas del origen de la intervención, estrategia, innovación como iniciativa interna o externa a ellos o que al menos su participación fue relevante en el proyecto o que la fuente representa legitimidad, tiene influencia en el potencial de implementación al asumirla mas cercana a sus condiciones organizacionales propias. Ayuda a las personas a sentirse dueños o parte de la innovación. Una intervención desarrollada externamente, junto con la falta de transparencia en el proceso de toma de decisiones, puede conducir al fracaso de la implementación. A veces, las decisiones internas para adoptar o implementar una intervención pueden percibirse como impulsadas externamente.</p> <p>Criterios de inclusión: Incluya declaraciones sobre de donde creen que surgió la innovación y la medida en que los entrevistados ven el cambio como interno a la organización, por ejemplo, un programa desarrollado internamente o externo a la organización, por ejemplo, un programa que viene del exterior.</p> <p>Criterios de exclusión: Excluir o duplicar las declaraciones de código relacionadas con quién participó en el proceso de decisión para implementar la innovación eso se codifica como Involucramiento, como una indicación de compromiso temprano (o tardío). La participación en la toma de decisiones es una estrategia de participación efectiva para ayudar a las personas a sentirse dueños de la innovación.</p>
<p>B. Percepción de la fuerza y calidad de la evidencia que soporta la estrategia.</p> <p>Definición: Percepción de las partes involucradas sobre la calidad y validez de la evidencia que respalda la creencia de que la innovación puede responder por los objetivos planteados.</p> <p>Criterios de inclusión: Incluya declaraciones sobre el conocimiento de la evidencia y la fuerza y calidad de la evidencia por ejemplo en términos de efectividad, de otras experiencias conocidas, así como la ausencia de evidencia o el deseo de diferentes tipos de evidencia, como resultados piloto en lugar de evidencia de la literatura. Ejemplo: ¿Qué tipo de evidencia de apoyo se necesitaría sobre la efectividad de la intervención para que se impulse el proceso de implementación?</p> <p>Criterios de exclusión: Excluir las percepciones de su origen, esta construcción se enfoca en cómo se percibe la evidencia que soporta la estrategia a implementar o que se implementó.</p>
<p>C. Ventaja relativa</p> <p>Definición de: Percepción de los interesados sobre la ventaja de implementar la innovación en cuestión versus una solución alternativa.</p> <p>Criterios de inclusión: incluya declaraciones que demuestren que la innovación es mejor (o peor) que los programas existentes. Ejemplo: ¿Cómo se compara la intervención con otras alternativas que pueden haber sido consideradas o que usted conoce? ¿Podrías proporcionar ejemplos de los beneficios de la implementación?. descripciones de resultados de pilotos locales o regionales para evidenciar la fuerza y la calidad.</p> <p>Criterios de exclusión: excluya las declaraciones que demuestren una fuerte necesidad de innovación y / o que la situación actual es insostenible y codifique Tensión para el cambio.</p>
<p>D. Adaptabilidad</p> <p>Definición de: El grado en que una innovación se puede adoptar, adaptar, refinar o reinventar para satisfacer las necesidades locales o de cada actor en este caso EPS, IPS, ET, ESE, EL referente del Ministerio en aspectos alrededor de la estrategia pero que influyen en su implementación.</p> <p>Criterios de inclusión: Incluya declaraciones sobre la (in) capacidad de adaptar la innovación a su contexto, por ejemplo, quejas sobre la rigidez del protocolo. Las sugerencias de mejora se pueden capturar en este código, pero no se deben incluir en el proceso de calificación, a menos que esté claro que el participante siente que el cambio es necesario pero que el programa no puede adaptarse. Sin embargo, puede ser posible inferir que una gran cantidad de sugerencias para mejorar demuestra falta de compatibilidad, vea los criterios de exclusión a continuación.</p>

Criterios de exclusión: Excluir o duplicar las declaraciones de código de que la innovación necesitaba o no adaptarse a la [compatibilidad](#).

E. Complejidad

Definición: Dificultad percibida de la innovación, reflejada por la duración, el alcance, la radicalidad, la disrupción, la centralidad y el número de pasos necesarios para implementar.

Criterios de inclusión: declaraciones de código con respecto a la complejidad de la innovación en sí. Las intervenciones radicales requieren una reorientación significativa y procesos no rutinarios para producir cambios fundamentales en las actividades de la organización y reflejan una clara desviación de las prácticas existentes [1]. Una forma de determinar la complejidad es evaluando la 'longitud' (el número de subprocesos o pasos secuenciales para usar o implementar una intervención) y la 'amplitud' (número de opciones presentadas en los puntos de decisión) [3]. La complejidad también aumenta con un mayor número de posibles unidades organizativas objetivo (equipos, clínicas, departamentos) o tipos de personas (proveedores, pacientes). La capacidad de implementar una intervención de forma incremental (a veces denominada divisibilidad [2]; ver Ejecución) puede influir en la percepción de complejidad. Se identifican componentes técnicos y administrativos siendo estos últimos en ocasiones más complejos.

Criterios de exclusión: Excluya por ejemplo las declaraciones sobre dificultades relacionadas con el espacio estas se codifican en Recursos disponibles y las dificultades relacionadas con la manera como se da la participación.

Independientemente del grado de complejidad, los planes de implementación, cronogramas y tareas simples, claros y detallados contribuyen a una implementación exitosa (esto para recomendaciones al respecto si este constructo es una barrera).

F. Percepción de la calidad del diseño y forma de entrega de la estrategia

Definición: Excelencia y pertinencia percibida en cómo se agrupa, presenta, socializa y ensambla la innovación.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones sobre la calidad de los materiales y su forma de entrega o presentación, alude a recursos que permiten entender la innovación y aplicarla, instrumentos operativos por ejemplo que faciliten el acceso la comprensión de la innovación.

Criterios de exclusión: Excluya las declaraciones sobre la presencia o ausencia de materiales y codifique en [Recursos disponibles](#). Excluya las declaraciones con respecto a la recepción de esos instrumentos diseñados como una estrategia de compromiso y codifique para Involucramiento.

G. Costo

Definición: Los costos de la innovación y los costos asociados con la implementación de la innovación, incluida la inversión, la oferta y los costos de oportunidad.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con el costo de la innovación y su implementación. ¿Cuál es su opinión en cuanto a los costos de implementar?; ¿Desde su punto de vista la institución tendría la capacidad financiera para llevar a cabo la implementación?, aspectos inmanejables económicamente dentro los lineamientos de la estrategia.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones relacionadas con el espacio físico y el tiempo, y codifique en los [recursos disponibles](#).

I. Entorno externo

A. Necesidades y recursos de la población objetivo.

Definición: La organización reconoce, prioriza con precisión las necesidades de las personas atendidas por la organización (p. Ej., Pacientes), así como las barreras y facilitadores para satisfacer esas necesidades.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones que demuestren (falta de) conciencia de las necesidades y recursos de aquellos atendidos por la organización. Los analistas pueden inferir el nivel de conciencia basándose en declaraciones sobre: 1. La necesidad percibida de la innovación en función de las necesidades de aquellos atendidos por la organización y si la innovación satisfará esas necesidades; 2. Barreras y facilitadores de aquellos atendidos por la organización para participar en la innovación; 3. Comentarios de los participantes sobre la innovación, es decir, satisfacción y éxito en un programa. Además, incluya declaraciones que capturen si el conocimiento de las necesidades y recursos de aquellos atendidos por la organización influyó en la implementación o adaptación de la innovación. ¿En qué medida se consideraron las necesidades y preferencias de las personas atendidas por su organización al decidir implementar la intervención? ¿En qué medida cree que la intervención satisface las necesidades de las personas atendidas

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones que demuestren una fuerte necesidad de innovación y / o que la situación actual es insostenible y codifique [Tensión para el cambio](#).

Excluya las declaraciones relacionadas con las estrategias de participación y los resultados, por ejemplo, cómo los participantes en innovación se involucraron con la innovación, y codifique para [Participar](#): Participantes en innovación (a cómo la población objetivo participa).

B. Cosmopolitismo

Definición: El grado en que una organización está en red con otras organizaciones externas.

Criterios de inclusión: Incluir descripciones de membresías de grupos externos y redes consolidadas realizadas fuera de la organización. En este constructo se reconocerá como organizaciones externas la comunicación a través de organizaciones consolidadas con los otros actores del sistema, también con gremios, universidades u otros actores involucrados.

Criterios de exclusión: excluya declaraciones sobre redes generales, comunicaciones derivadas de la dinámica cotidiana y relaciones en la organización, como descripciones de reuniones, grupos de correo electrónico u otros métodos para mantener a las personas conectadas e informadas, y declaraciones relacionadas con la formación, la calidad y el funcionamiento del equipo, y codifique a [Redes y Comunicaciones](#).

C. Presión de grupo

Definición de: Presión mimética (de pares) o competitiva para implementar una innovación, generalmente porque la mayoría u otras organizaciones clave o competidoras ya han implementado o están en una apuesta por una ventaja competitiva.

Criterios de inclusión: incluya declaraciones sobre la presión percibida o la motivación de otras entidades u organizaciones en el área o sistema geográfico local para implementar la innovación. Existe evidencia de que la presión de adoptar una intervención, independientemente de su percepción de si sus pacientes la necesitan o en respuesta a un problema percibido, influye en la adopción e implementación organizacional. Si los competidores o colegas en otras organizaciones o en otras partes de la misma organización están utilizando una innovación, las personas pueden sentirse obligadas a hacerlo también. Esto se conoce como "presión mimética" o "establecimiento de normas interorganizacionales" [2]. Esta presión influye directamente en las decisiones de adopción, pero también puede llegar a la implementación

D. Política e incentivos externos

Definición: Una construcción amplia que incluye estrategias externas para difundir innovaciones, incluyendo políticas y regulaciones (gobierno u otra entidad central), mandatos externos, recomendaciones y pautas, pago por desempeño, colaborativos y público o punto de referencia. informes

Criterios de inclusión: Incluir descripciones de medidas de desempeño existentes y que hacen actores externos. Greenhalgh, et al describen "directivas políticas" e incluyen "empuje de políticas" y "mandatos externos" y citan evidencia como fuerte (directa o indirecta) para aumentar la motivación, aunque no la capacidad, de las organizaciones para implementar. La amenaza o la realidad de los documentos públicos puede motivar a las organizaciones, especialmente a los que adoptan con retraso, a implementar una intervención.

Sin embargo, los informes públicos también pueden tener una influencia negativa si existe una relación de confrontación entre la entidad informante y la organización objetivo. En este contexto, las personas pueden encubrir (implementación conforme) [3] o participar en "marcar casillas" en lugar de un verdadero uso comprometido. Los sistemas de reembolso y otros incentivos (generalmente monetarios) que se controlan fuera de la organización son otra fuerza externa que puede influir en la implementación

II. Entorno interno

A. Características estructurales

Definición: La arquitectura social, edad, madurez y tamaño de una organización.

Criterios de inclusión: El número de unidades o departamentos representa la diversidad de conocimiento en una organización. Los equipos más estables son (los miembros pueden permanecer con el equipo durante un período de tiempo adecuado; baja rotación), la implementación más probable será exitosa [3]. La intensidad administrativa (la relación entre gerentes y empleados totales) se asocia positivamente con la innovación [2]. Se ha demostrado que la centralización (la concentración de la autonomía en la toma de decisiones) está asociada negativamente con la innovación [2]. El tamaño, la edad, la madurez y el grado de especialización (la singularidad del nicho o mercado para los productos o servicios de la organización) también influyen en la implementación [5] [6]. El tamaño de la organización a veces se usa como proxy de otros determinantes estructurales. El tamaño y la edad de una organización se asocian negativamente con la implementación cuando la estructura burocrática aumenta como resultado.

B. Redes y comunicaciones

Definición: La naturaleza y calidad de las redes sociales, y la naturaleza y calidad de las comunicaciones formales e informales dentro de una organización.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones sobre redes generales, comunicación y relaciones en la organización, como descripciones de reuniones, grupos de correo electrónico u otros métodos para mantener a las personas conectadas e informadas, y declaraciones relacionadas con la formación, calidad y funcionamiento del equipo.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones relacionadas con el acceso de los líderes de implementación y los usuarios al conocimiento y la información sobre el uso del programa, es decir, la capacitación sobre la mecánica del programa con el código [acceder al conocimiento y la información](#).

Excluya las declaraciones relacionadas con las estrategias y los resultados de la participación, por ejemplo, cómo los interesados clave se involucraron con la innovación y cuál es su papel en la implementación, y codifique [Participación](#): interesados clave.

Excluya las descripciones de membresías de grupos externos y la creación de redes realizadas fuera de la organización y codifique el [Cosmopolitismo](#).

C. Cultura

Definición de: Normas, valores y supuestos básicos de una organización determinada.

Criterios de inclusión: los criterios de inclusión y los posibles subcódigos dependerán del marco o la definición utilizados para "cultura". Una explicación de por qué tantas de estas iniciativas fracasan se centra en la incapacidad de cambiar los supuestos organizacionales, el pensamiento o la cultura menos tangibles [2], La cultura a menudo se ve como relativamente estable, socialmente construida y subconsciente [3]. El clima es un fenómeno que puede variar entre equipos o unidades, y generalmente es menos estable en el tiempo en comparación con la cultura. Los teóricos proponen que la cultura organizacional es una de las barreras más críticas para aprovechar el nuevo conocimiento e implementar intervenciones técnicas. Los empleados imparten cultura organizacional a los nuevos miembros, y la cultura influye en gran medida en cómo los empleados se relacionan entre sí.

El CVF fue desarrollado originalmente por Quinn y Rohrbaugh [9] y es un ejemplo de un enfoque de "definición variable" de la cultura, El CVF caracteriza a las organizaciones a lo largo de dos dimensiones, cada una representando un desafío básico que cada organización debe resolver para funcionar de manera efectiva. El primer conjunto de valores en competencia es el grado en que una organización enfatiza el control central sobre los procesos versus la descentralización y la flexibilidad. El segundo conjunto de valores competitivos es la compensación entre centrarse en su propio entorno y procesos internos versus el entorno externo y las relaciones con entidades externas. Surgen cuatro culturas organizacionales arquetípicas: 1) cultura de equipo (alto enfoque interno con alta flexibilidad (también conocido como personal)); 2) cultura jerárquica (alto enfoque interno con alto control (también conocido como formalizado y estructurado)); 3) cultura empresarial (alto enfoque externo con alta flexibilidad (también conocido como dinámico y empresarial)); y 4) cultura racional (alto enfoque externo con alto control (también conocido como orientado a la producción)).

D. Clima de implementación

Definición: La capacidad de absorción para el cambio, la receptividad compartida de los individuos involucrados a una innovación, y la medida en que el uso de esa innovación será recompensado, apoyado y esperado dentro de su organización.

Criterios de inclusión: Incluir declaraciones sobre el nivel general de receptividad para implementar la innovación. El clima de implementación se compone de: tensión para el cambio, compatibilidad, prioridad relativa, incentivos y recompensas, objetivos y retroalimentación y clima de aprendizaje.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones sobre el nivel general de receptividad que se captura en los subcódigos.

E. Tensión para el cambio/ implementación.

Definición: El grado en que las partes interesadas perciben la situación actual como intolerable o que necesita un cambio.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones que (no) demuestren una fuerte necesidad de la innovación y / o que la situación actual es insostenible, por ejemplo, declaraciones de que la innovación es absolutamente necesaria o que la innovación es redundante con otros programas. Nota: Si un participante declara que la innovación es redundante con un programa existente preferido se puede codificar también en [ventaja relativa](#). Si los interesados locales que están involucrados en la implementación local realmente sienten una Tensión por el Cambio es un antecedente importante para una implementación exitosa [5] [6], Es difícil crear una tensión para el cambio cuando en realidad no existe ningún problema percibido.

Criterios de exclusión: Excluya las declaraciones más relacionadas con [necesidades y recursos de las personas atendidas por la organización](#).

Excluya las declaraciones que demuestren que la innovación es mejor (o peor) que los programas existentes y codifique para [Ventaja relativa](#).

F. Compatibilidad

Definición: El grado de ajuste tangible entre el significado y los valores vinculados a la innovación por parte de las personas involucradas, cómo se alinean con las propias normas, valores y riesgos y necesidades percibidos de las personas, y cómo la innovación se ajusta a los flujos y sistemas de trabajo existentes.

Criterios de inclusión: incluya declaraciones que demuestren el nivel de compatibilidad que tiene la innovación con los valores organizacionales y los procesos de trabajo. Incluya declaraciones de que la innovación necesitaba o no ser adaptada como

evidencia de compatibilidad o falta de compatibilidad. La percepción de que encajaba con la misión organizativa y profesional, las competencias básicas y la experiencia era un factor importante para predecir la implementación exitosa.

Criterios de exclusión: Excluir o duplicar las declaraciones de código con respecto a la prioridad de la innovación basada en la compatibilidad con los valores de la organización en [Prioridad relativa](#), por ejemplo, si una innovación no tiene prioridad porque no es compatible con los valores de la organización.

G. Prioridad relativa

Definición: Percepción compartida de los individuos sobre la importancia de la implementación dentro de la organización.

Criterios de inclusión: incluya declaraciones que reflejen la prioridad relativa de la innovación, por ejemplo, declaraciones relacionadas con la fatiga del cambio en la organización debido a la implementación de muchos otros programas.

Si los empleados perciben que la implementación es una prioridad organizacional clave (se promueven, apoyan y se recompensan los comportamientos cooperativos), el clima de implementación será fuerte. Cuando la prioridad relativa es alta, los empleados consideran la intervención como una prioridad importante en lugar de una distracción de su "trabajo real". Cuanto mayor sea la prioridad relativa de implementar una intervención, más efectiva será la implementación. La capacidad de una organización para implementar plenamente puede depender de cuántas otras iniciativas o cambios se hayan implementado en el pasado reciente, lo que puede llevar a ser abrumado con otra iniciativa y asignarle una prioridad baja. ¿Qué tipo de presión sientes para lograr esto? ¿De dónde viene? ¿Por qué? ¿Hasta qué punto podría la implementación tomar un segundo plano a otras iniciativas de alta prioridad que están sucediendo ahora? ¿Qué tan importante cree usted que es implementar la intervención en comparación con las otras prioridades? ¿Qué tan importante es para otros, como sus compañeros de trabajo o líderes, implementar la intervención en comparación con las otras prioridades?

Criterios de exclusión: Excluir o duplicar las declaraciones de código con respecto a la prioridad de la innovación basada en la compatibilidad con los valores de la organización con [Compatibilidad](#), por ejemplo, si una innovación no tiene prioridad porque no es compatible con los valores de la organización.

H. Incentivos y recompensas internas

Definición: Incentivos como compartir objetivos, premios, evaluaciones de desempeño, promociones y aumentos salariales, e incentivos menos tangibles, como un mayor status o respeto.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con si existen sistemas de incentivos organizacionales para fomentar (u obstaculizar) la implementación, por ejemplo, recompensas o desincentivos para el personal que participa en la innovación. Los incentivos financieros y las evaluaciones de desempeño son importantes para reforzar las creencias de que el nuevo comportamiento conducirá a resultados deseables.

¿Qué tipo de incentivos existen para ayudar a asegurar que la implementación de la intervención sea exitosa? ¿Cuál es su motivación para querer ayudar a garantizar que la implementación sea exitosa?

I. Objetivos y retroalimentación

Definición: El grado en que las metas se comunican, actúan y retroalimentan claramente al personal y la alineación de esa retroalimentación con las metas. Una característica importante de muchos modelos de cambio de comportamiento individual es establecer objetivos y recibir retroalimentación sobre el progreso [5].

Criterios de inclusión: incluye comentarios con respecto a los objetivos trazados. Incluya declaraciones relacionadas con la (falta de) alineación de los objetivos de implementación e innovación con objetivos más grandes en el Sistema o en la organización, así como comentarios al personal con respecto a esos objetivos, por ejemplo, auditorías regulares y comentarios que muestren cualquier brecha entre el estado organizacional actual y el estado futuro objetivo o meta. Los objetivos y la retroalimentación incluyen procesos organizativos y estructuras de apoyo independientes del proceso mismo de implementación. Las partes interesadas no pueden tomar medidas correctivas sin una retroalimentación suficiente que esté estrechamente relacionada con los objetivos que son importantes para ellos [7]. El establecimiento de objetivos proporciona un punto de referencia que permite a las personas evaluar si la intervención está creando valor o no [6]. Las metas incrementales menos agresivas [6] y las metas que son específicas y alcanzables [1] aumentarán la efectividad de la implementación. El apoyo de los líderes es más probable si se mantienen involucrados e informados sobre la implementación [8].

Criterios de exclusión: Es importante diferenciar esta construcción procesal de la construcción de Metas y Comentarios en Configuración interna. El enfoque aquí está específicamente relacionado con los esfuerzos de implementación. La evaluación incluye formas tradicionales de retroalimentación, como informes, gráficos y retroalimentación cualitativa e historias anecdóticas de éxito [1]. Los objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y oportunos. Reflexionar y evaluar es parte del proceso de implementación. No requiere que los objetivos se articulen explícitamente; puede enfocarse en descripciones del estado actual con juicio en tiempo real.

1. Clima de aprendizaje

Definición: Un clima en el que: 1. Los líderes expresan su propia falibilidad (áreas débiles) y la necesidad de asistencia y aporte de los miembros del equipo; 2. Los miembros del equipo sienten que son socios esenciales, valorados y bien informados en el proceso de cambio; 3. Las personas se sienten psicológicamente seguras para probar nuevos métodos; y 4. Hay suficiente tiempo y espacio para el pensamiento reflexivo y la evaluación.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones que respalden (o refuten) el grado en que los componentes clave de una organización exhiben un "clima de aprendizaje". El desarrollo de un clima que promueva el aprendizaje es una "propiedad central" que las organizaciones de atención médica necesitan para la mejora continua de la calidad [11, pág. 287]. Un clima de aprendizaje es un contribuyente importante para aumentar la capacidad de absorción de nuevos conocimientos: la capacidad de una organización para asimilar completamente las intervenciones. papel de la organización en la creación del clima para permitir el aprendizaje y fomenta la colaboración dentro y entre equipos interdisciplinarios [7]. Estas prácticas y creencias interrelacionadas apoyan y permiten el desarrollo, el aprendizaje y el crecimiento de las habilidades de los empleados y de la organización para maximizar la capacidad de absorción de una organización para nuevos conocimientos y métodos [4].

J. Disponibilidad para la implementación

Definición: Indicadores tangibles e inmediatos del compromiso de la organización con su decisión de implementar una innovación. consta de tres subconstrucciones: compromiso de liderazgo, recursos disponibles y acceso a conocimiento e información. La preparación para la implementación se diferencia del clima de implementación en la literatura al incluir indicadores específicos tangibles e inmediatos del compromiso de la organización con su decisión de implementar una intervención.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones sobre el nivel general de Preparación/Disponibilidad para la implementación.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones sobre el nivel general de preparación para la implementación que se capturan en los subcódigos.

1. Compromiso de liderazgo

Definición de: Compromiso, participación y responsabilidad de los Directores, Gerentes, Coordinadores (alta dirección), con la implementación de la innovación/estrategia. Los líderes organizacionales son una parte integral de la organización; su papel no está definido por el proyecto de implementación en cuestión.

Criterios de inclusión: Incluir declaraciones sobre el nivel de compromiso del liderazgo organizacional en los actores del sistema. líderes en cualquier nivel de la organización, incluidos líderes ejecutivos, gerentes intermedios, supervisores de primera línea y líderes de equipo, que tienen una influencia directa o indirecta en la implementación. Los líderes pueden ser conductos importantes para ayudar a persuadir a las partes interesadas a través de canales interpersonales y modelando normas (ver Clima de aprendizaje) asociadas con la implementación de una intervención [6]. Los gerentes intermedios, además de los líderes de alto nivel, son importantes por su capacidad para establecer contactos (ver Redes y comunicación) y negociar recursos (ver Recursos disponibles) y prioridad (ver Prioridad relativa) Es más probable que los gerentes intermedios apoyen la implementación si creen que hacerlo promoverá sus propios objetivos organizacionales (ver Compatibilidad) y si se sienten involucrados en discusiones sobre la implementación (ver Involucramiento) [7].

Los líderes organizacionales delegan esfuerzos de implementación específicos a otro personal o equipos, y luego la pregunta es, ¿en qué medida se comprometen, respaldan y apoyan sus esfuerzos? La apatía del líder puede obstaculizar los esfuerzos de implementación y los líderes de implementación deben desarrollar estrategias para involucrar al liderazgo reuniéndose con ellos, discutiendo sus preocupaciones, fomentando la alineación de la implementación con los planes y objetivos de la organización, lluvia de ideas sobre soluciones a los problemas al principio del proceso para cultivar su propiedad en las soluciones y persuadiéndolos para que notifiquen visiblemente a las partes interesadas que apoyan el cambio. Estas son todas las técnicas que el líder o equipo de implementación puede considerar para obtener apoyo de liderazgo y superar la apatía del líder.

2. Recursos disponibles

Definición de: El nivel de recursos dedicados para la implementación y las operaciones continuas, incluido el espacio físico y el tiempo.

Criterios de inclusión: Incluir declaraciones relacionadas con la presencia o ausencia de recursos específicos para la innovación que se está implementando.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones relacionadas con la capacitación y la educación en el código de [Acceso al conocimiento y la información](#).

Excluya las declaraciones relacionadas con la calidad de los materiales en el código de [Design Quality & Packaging](#).

3. Acceso al conocimiento e información

definición: Facilidad de acceso a información digerible y conocimiento sobre la innovación y cómo incorporarla a las tareas laborales.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con el acceso de los líderes y usuarios de la implementación al conocimiento y la información sobre el uso del programa, es decir, capacitación sobre la mecánica del programa.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones relacionadas con las estrategias de participación y los resultados, por ejemplo, cómo las partes interesadas clave se involucraron con la innovación y cuál es su papel en la implementación, y codifique la [participación](#): partes interesadas clave.

Excluya las declaraciones sobre redes generales, comunicación y relaciones en la organización, como descripciones de reuniones, grupos de correo electrónico u otros métodos para mantener a las personas conectadas e informadas en el código para [Redes y comunicaciones](#).

III. Características de los individuos

1. Conocimiento y creencias sobre la estrategia

Definición: Actitudes y valor de las personas hacia la innovación, así como la familiaridad con los hechos, verdades y principios relacionados con la innovación. Los niveles de habilidad reflejan la efectividad del entrenamiento.

Exclusión: Excluir declaraciones relacionadas con la familiaridad y con la evidencia sobre la innovación en el código de [Evidencia Fuerza y Calidad](#).

2. Percepción de autoeficacia

Definición de: Creencia individual en sus propias capacidades para ejecutar cursos de acción para lograr los objetivos de implementación.

3. Etapa individual en la implementación

Definición: Caracterización de la fase en la que se encuentra un individuo, a medida que avanza hacia el uso calificado, entusiasta y sostenido de la innovación.

Las etapas específicas utilizadas dependerán del modelo subyacente utilizado en el estudio. El modelo transteórico de Prochaska caracteriza estas etapas como pre-contemplación, contemplación, preparación y acción y mantenimiento [3]. La teoría de la difusión de Rogers delinea cinco etapas [4]. Grol y col. describe un modelo de cinco etapas con diez sub-etapas basadas en su síntesis de la literatura [1].

4. Identificación individual en el sistema u organización (MINSALUD; EPS:IPS)

Definición: Una construcción amplia relacionada con la forma en que los individuos perciben la organización, y su relación y grado de compromiso con esa organización. La Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica publicó recientemente una guía para determinar si una implementación particular será exitosa que incluye preguntas sobre las percepciones individuales de si creen que la organización podría estar haciendo un mejor trabajo, si el trabajo se realiza de manera eficiente y si son las inequidades como posibles barreras para la implementación [7]. La medida del contexto social organizacional, desarrollada por Glisson et al., Incluye construcciones relacionadas con el clima psicológico (percepción de la influencia psicológica del ambiente laboral) y actitudes laborales (satisfacción laboral y compromiso organizacional) [8], agotamiento entre otros.

IV. Proceso

A. Planificación

Definición: El grado en que se desarrolla por adelantado un esquema o método de comportamiento y tareas para implementar una innovación, y la calidad de esos esquemas o métodos. El objetivo fundamental de la planificación es diseñar un curso de acción para promover la implementación efectiva mediante el desarrollo de la capacidad local para utilizar la intervención, colectiva e individualmente [1].

Criterios de inclusión: Incluya evidencia de evaluaciones y planificación diagnósticas previas a la implementación, así como mejoras en el plan.

B. Involucramiento

Definición: La motivación, interés y la participación de personas competentes de la implementación y uso de la innovación a través de una estrategia combinada de marketing social, la educación, el modelado de roles, la capacitación y otras actividades similares.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con estrategias y resultados de participación, es decir, si el personal y los participantes en innovación se comprometieron con la innovación y cuál es su papel en la implementación. Nota: Aunque tanto las estrategias como los resultados están codificados aquí, el resultado de los esfuerzos de participación determina la calificación, es decir, si hay intentos repetidos de involucrar al personal que no tuvo éxito, o si un rol está vacante, el constructo recibe una calificación negativa. Además, es posible que desee codificar la "calidad" del personal: sus capacidades, motivación y habilidades, es decir, qué tan buenos son en su trabajo, y estos datos también afectan la calificación. La influencia positiva de tener a las "personas correctas en los asientos correctos" [5] es fuerte. Del mismo modo, tener a las personas equivocadas o perder oportunidades clave para "involucrar" a personas importantes puede tener una enorme influencia negativa en el éxito de la implementación. a implementación será más efectiva cuando las personas clave estén dedicadas (en términos de tiempo y energía), capacitadas y apoyadas en sus esfuerzos [7] [8] [9]. Los individuos clave son aquellos que se elevan en cualquier capacidad para ayudar a guiar el proceso de implementación hasta su finalización. Los líderes de implementación pueden ser

líderes de opinión, líderes de implementación internos designados formalmente, defensores y / o agentes externos de cambio. La calidad del apoyo proporcionado por estos líderes de implementación está positivamente asociada con la implementación [10]. Las características personales ciertamente importan, pero las relaciones entre estos individuos pueden ser más importantes que los roles o características individuales [12].

Criterios de exclusión: excluir declaraciones relacionadas con subconstrucciones específicas, por ejemplo, [campeones](#) o [líderes de opinión](#).

Excluya o duplique las declaraciones de código relacionadas con quién participó en el proceso de decisión para implementar la innovación en [Fuente de innovación](#), como un indicador de fuente de innovación interna o externa.

1. Líderes de opinión

Definición de: individuos en una organización que tienen influencia formal o informal sobre las actitudes y creencias de sus colegas con respecto a la implementación de la innovación. Existe un acuerdo general de que hay 2 tipos diferentes de líderes de opinión: 1) expertos; y 2) pares [3]. Los líderes de opinión expertos ejercen influencia a través de su autoridad y estatus [1]. Los líderes de opinión de pares ejercen influencia a través de su representatividad y credibilidad [1].

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con estrategias y resultados de participación, por ejemplo, cómo el líder de opinión se involucró con la innovación y cuál es su papel en la implementación. Nota: Aunque tanto las estrategias como los resultados se codifican aquí, el resultado de los esfuerzos para involucrar al personal determina la calificación, es decir, si hay intentos repetidos de involucrar a un líder de opinión que no tiene éxito, o si el líder de opinión deja la organización y este rol es vacante, la construcción recibe una calificación negativa. Además, es posible que también desee codificar la "calidad" del líder de opinión aquí: sus capacidades, motivación y habilidades, es decir, qué tan buenos son en su trabajo, y esta información también afecta la calificación.

2. Líderes de implementación internos designados formalmente

Definición: Individuos dentro de la organización que han sido nombrados formalmente con la responsabilidad de implementar una innovación, como coordinador, gerente de proyecto, líder de equipo, referente u otro rol similar.

Criterios de inclusión: incluya declaraciones relacionadas con estrategias y resultados de participación, por ejemplo, cómo el líder de implementación interno designado formalmente se comprometió con la innovación y cuál es su papel en la implementación. Nota: Aunque tanto las estrategias como los resultados están codificados aquí, el resultado de los esfuerzos para involucrar al personal determina la calificación, es decir, si hay intentos repetidos de involucrar a un líder de implementación que no tienen éxito, o si el líder de implementación deja la organización y este rol es vacante, la construcción recibe una calificación negativa. Además, es posible que también desee codificar la "calidad" del líder de implementación aquí: sus capacidades, motivación y habilidades, es decir, qué tan buenos son en su trabajo, y esto también afecta la calificación.

Criterios de exclusión: Excluir o duplicar las declaraciones de código con respecto al compromiso de liderazgo con el compromiso de [liderazgo](#) si un líder de implementación también es un líder organizacional, por ejemplo, si un director de atención primaria toma la iniciativa en la implementación de una nueva guía de tratamiento.

3. Agentes de Cambio Externo.

Definición de: Individuos afiliados a una entidad externa que influyen formalmente o facilitan las decisiones de innovación en una dirección deseable.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con estrategias y resultados de participación, por ejemplo, cómo el agente de cambio externo (entidades externas a la organización que facilitan el cambio) se comprometió con la innovación y cuál es su papel en la implementación, por ejemplo, cómo apoyaron los esfuerzos de implementación. Nota: Aunque tanto las estrategias como los resultados están codificados aquí, el resultado de los esfuerzos para involucrar al personal determina la calificación, es decir, si hay intentos repetidos de involucrar a un agente de cambio externo que no tiene éxito, o si el agente de cambio externo deja su organización y esto el papel está vacante, la construcción recibe una calificación negativa. Además, es posible que también desee codificar la "calidad" del agente de cambio externo aquí: sus capacidades, motivación y habilidades, es decir, qué tan buenos son en su trabajo, y estos datos también afectan la calificación.

Criterios de exclusión: Nota: Es importante definir claramente qué roles son externos e internos a la organización. Excluya las declaraciones sobre actividades de facilitación, como la capacitación en la mecánica del programa, y codifique el [acceso al conocimiento y la información](#). Si el agente de cambio se considera interno al estudio, por ejemplo, un miembro del personal de la oficina nacional. Si el estudio considera que este miembro del personal es interno de la organización, debe codificarse como [Acceso al conocimiento e información](#), a pesar de que su apoyo puede superponerse con lo que se esperaría de un Agente de cambio externo.

4. Actores clave en la implementación

Definición: Individuos de la organización que se ven directamente afectados por la innovación, por ejemplo, el personal responsable de hacer derivaciones a un nuevo programa o utilizar un nuevo proceso de trabajo, cómo las partes interesadas clave se involucraron con la innovación y cuál es su papel en la implementación.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones relacionadas con estrategias y resultados de participación, por ejemplo, cómo las partes interesadas clave se involucraron con la innovación y cuál es su papel en la implementación. Nota: Aunque tanto las estrategias como los resultados se codifican aquí, el resultado de los esfuerzos para involucrar al personal determina la calificación, es decir, si hay intentos repetidos de involucrar a las partes interesadas clave que no tienen éxito, el constructo recibe una calificación negativa.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones relacionadas con el acceso de los líderes de implementación y los usuarios al conocimiento y la información sobre el uso del programa, es decir, la capacitación sobre la mecánica del programa y el código de [Acceso al conocimiento y la información](#).

Excluya las declaraciones sobre redes generales, comunicación y relaciones en la organización, como descripciones de reuniones, grupos de correo electrónico u otros métodos para mantener a las personas conectadas e informadas, y declaraciones relacionadas con la formación, la calidad y el funcionamiento del equipo, y el código para [Redes y comunicaciones](#).

5. Población objetivo participante en la estrategia

Definición: personas atendidas por la organización que participan en la innovación, por ejemplo, pacientes en un programa de prevención en un hospital. cómo los participantes en innovación se involucraron con la implementación.

Criterios de inclusión: incluya declaraciones relacionadas con estrategias y resultados de participación, por ejemplo, cómo los participantes en innovación se involucraron con la innovación. Nota: Aunque tanto las estrategias como los resultados están codificados aquí, el resultado de los esfuerzos para involucrar a los participantes determina la calificación, es decir, si hay intentos repetidos de involucrar a los participantes que no tuvieron éxito, el constructo recibe una calificación negativa.

Criterios de exclusión: excluya las declaraciones que demuestren (falta de) conciencia de las necesidades y recursos de aquellos atendidos por la organización y si esa conciencia influyó o no en la implementación o adaptación de la innovación y el código a las [necesidades y recursos de las personas atendidas por la organización](#).

C. Ejecución

Definición de: llevar a cabo o llevar a cabo la implementación de acuerdo con el plan.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones que demuestren cómo ocurrió la implementación con respecto al plan de implementación. Nota: La ejecución se codifica con poca frecuencia debido a la falta de planificación. Sin embargo, algunos estudios han utilizado medidas de fidelidad para evaluar la ejecución, como una indicación del grado en que la implementación se realizó de acuerdo con el plan.

Criterios de exclusión:

D. Reflexión y evaluación

Definición: Comentarios cuantitativos y cualitativos sobre el progreso y la calidad de la implementación, acompañados de informes regulares personales y de equipo sobre el progreso y la experiencia.

Criterios de inclusión: Incluya declaraciones que **se refieran al proceso** utilizado en la implementación, es decir, la revisión continua (falta de) del equipo de implementación que analiza el progreso de la implementación. Reflexionar y evaluar es parte del proceso de implementación; probablemente termina cuando finalizan las actividades de implementación. No requiere que los objetivos se articulen explícitamente; cuando el equipo de implementación discute los comentarios en términos de los ajustes necesarios para completar la implementación.

Es importante diferenciar esta construcción procesal de la construcción de Metas y Comentarios en Configuración interna. El enfoque aquí está específicamente relacionado con los esfuerzos de implementación. La evaluación incluye formas tradicionales de retroalimentación, como informes, gráficos y retroalimentación cualitativa e historias anecdóticas de éxito [1]. Reflexionar y evaluar es parte del proceso de implementación. No requiere que los objetivos se articulen explícitamente; puede enfocarse en descripciones del estado actual con juicio en tiempo real.

Criterios de exclusión: Excluya las declaraciones relacionadas con la (falta de) alineación de los objetivos de implementación e innovación con los objetivos organizacionales más grandes, así como la retroalimentación al personal con respecto a esos objetivos, por ejemplo, auditorías regulares y comentarios que muestren cualquier brecha entre el estado organizacional actual y el objetivo y código en [objetivos y comentarios](#). Los objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes y oportunos.

Excluya las declaraciones que capturan reflexiones y evaluaciones que los participantes pueden hacer durante la entrevista, por ejemplo, relacionadas con el éxito de la implementación, y codifique para [Conocimiento y creencias sobre la innovación](#).

Anexo 2.1

Criterios usados en la asignación de índices en los constructos Barrera o facilitador.

Valor	Criterio
-1	<p>El constructo es una influencia negativa en la organización, una influencia que dificulta el proceso de trabajo, y/o una influencia que dificulta los esfuerzos de la implementación. Los entrevistados declaran de forma general que el constructo se manifiesta negativamente:</p> <ul style="list-style-type: none">• describen ejemplos explícitos de cómo lo central o todos los aspectos de un constructo (o su ausencia) se manifiestan negativamente.• El constructo es mencionado solo superficialmente o a un alto nivel sin ejemplos o sin evidencia de descripciones reales y concretas de cómo ese constructo se manifiesta;• Hay un efecto combinado de distintos aspectos del constructo, pero con un efecto negativo generalizado;• Hay suficiente información para hacer una inferencia indirecta sobre la influencia negativa generalizada; y/o• Juzgado como débilmente negativo por la ausencia del constructo.
0	<p>Un constructo tiene una influencia neutral si:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pareciera tener un efecto neutral (solamente descriptivo) o si es mencionado solo genéricamente sin valoración;• No hay evidencia de influencia positiva o negativa;• Entrevistados creíbles o fiables se contradicen entre sí;• Hay influencias positivas y negativas a diferentes niveles en la organización que se equilibran entre sí; y/o diferentes aspectos del constructo tienen influencia positiva mientras que otros tienen influencia negativa y en general, el efecto es neutral.
+1	<p>El constructo es una influencia positiva en la organización, una influencia facilitadora del proceso de trabajo, y/o una influencia facilitadora en los esfuerzos de la implementación. Los entrevistados declaran de forma general que el constructo se manifiesta positivamente.</p> <ul style="list-style-type: none">• El constructo es mencionado solo superficialmente o a un alto nivel sin ejemplos o sin evidencia de descripciones reales y concretas de cómo ese constructo se manifiesta;• Hay un efecto combinado de distintos aspectos del constructo, pero con un efecto positivo generalizado; y/o• Hay suficiente información para hacer una inferencia indirecta sobre la influencia positiva generalizada.• describen ejemplos explícitos de cómo lo central o todos los aspectos de un constructo (o su ausencia) se manifiestan positivamente <p>La falta de conocimiento de los entrevistados sobre un constructo no indica necesariamente una pérdida de datos, en cambio, puede indicar la ausencia del constructo.</p>

Anexos externos al documento.

- Anexo 3. Documento descripción RIAS y evolución CUPS. Formato Excel.
- Anexo 4. Protocolo de anonimización de registros RIPS, Oficio de entrega RIPS Valle de Aburrá, Acceso de usuario al SISPRO.pdf
- Anexo 5. Guía de entrevista abierta. pdf
- Anexo 6. Consentimiento informado a participantes .pdf
- Anexo 7. Protocolo de búsqueda, revisión y codificación documentos. Formato Excel.
- Anexo 8. Estructuración, limpieza y evaluación de la calidad RIPS. pdf
- Anexo 9. Datos SISPRO. Formato WinRAR
- Anexo 10. Datos RIPS. Formato WinRAR